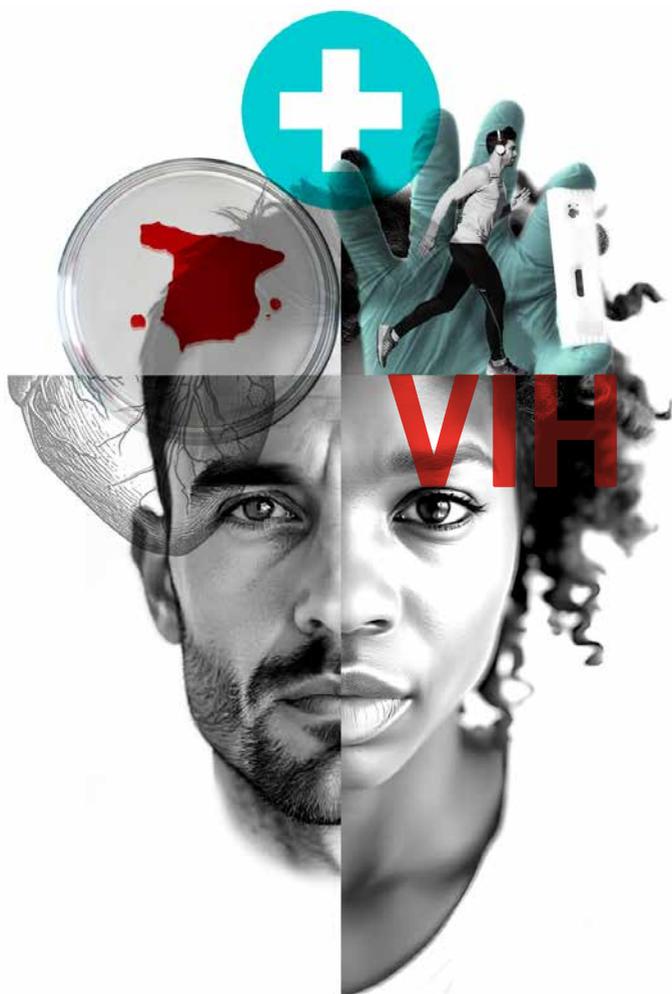


¿QUÉ DEBO SABER SOBRE LA ATENCIÓN Y EL **TRATAMIENTO** **ESTÁNDAR DEL VIH?**



CRÉDITOS

EDICIÓN

J. Sebastián Hernández, Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)

REDACCIÓN

Daniel Santa Isabel (gT-VIH), Miguel A. Vázquez (gTt-VIH), Jordi Piqué (gTt-VIH)

MAQUETACIÓN E ILUSTRACIÓN

Mires Estudi de Comunicació, SL

IMPRESIÓN: Grafiques Cuscó

FUENTES

Para la elaboración de esta guía se han consultado diversas fuentes bibliográficas, entre las que se incluyen los indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de las personas con el VIH^{1,2}; el modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH elaborado por SI-Health con las aportaciones del grupo de trabajo multidisciplinar³; el plan estratégico de respuesta frente al VIH y las ITS en España de la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Víricas y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad⁴; así como otros documentos internacionales sobre la atención estándar del VIH⁵.

AGRADECIMIENTOS

Este recurso forma parte de las actividades del programa de Apoyo al Autocuidado de la Salud y el Bienestar del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) y su publicación ha sido posible gracias a una ayuda concedida por la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid a través de la convocatoria de subvenciones con cargo al 0,7% del IRPF.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La información contenida en esta guía no pretende sustituir la que recibes de tu médico o del resto de profesionales sanitarios que te atienden. Las decisiones sobre el manejo de tu salud y sobre el tratamiento siempre deberían tomarse tras consultar con un médico especialista en el VIH. La información médica puede quedar desactualizada con rapidez. Si te surge alguna pregunta tras leer esta guía, te aconsejamos hablar con tu médico o llamar a gTt-VIH, al 93 458 26 41, para comprobar si existe alguna novedad

relevante al respecto. Nuestro servicio multicanal ofrece la posibilidad de que podamos atender tus preguntas de manera presencial en nuestra sede, por correo electrónico, por medio de videollamadas a través de Skype y Zoom y por mensajería instantánea a través de teléfonos móviles inteligentes (WhastApp y Telegram).

DERECHOS DE AUTORÍA

Los materiales elaborados por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) no tienen copyright. Nuestros contenidos y materiales se someten a la licencia CC BY-NC-SA 2.5 ES de Creative Commons, según la cual se puede compartir y adaptar el material siempre que se reconozca la autoría y se indique si se han realizado cambios; siempre que no se utilice para una finalidad comercial; y siempre que, si se remezcla, transforma o crea a partir del material, se difunda el producto resultante bajo la misma licencia que el original.

- 1 Riera M, Wichmann MAV, Camino X, Pérez-Molina JA, Delgado E, Merino MD, Alvarez-Cascos A, Saura RM, Blanco JR. Executive summary of the consensus document of the HIV quality of care indicators. GESIDA updated. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2022 Jan;40(1):35-38. doi: 10.1016/j.eimce.2021.08.013. PMID: 34991851.
- 2 Documento de consenso sobre los Indicadores de calidad asistencial de GeSIDA para la atención de personas que viven con el VIH. Madrid, 2020.
- 3 Rojo A, Arratibel P, Bengoa R y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. The Institute for Health and Strategy (SI-Health)(ed.) 2018.
- 4 Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España, 2021-2030. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad, 2023.
- 5 BHIVA. British HIV Association Standards of care for people living with HIV 2018. April 2018.

Publicado en Madrid en diciembre de 2024

ÍNDICE

01

INTRODUCCIÓN
PÁG. 5

02

PRIMERAS PREGUNTAS
PÁG. 7

03

MÓDELO DE CUIDADOS
DEL VIH EN ESPAÑA
PÁG. 14

04

AVANZANDO HACIA
UN MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRADA Y CENTRADA
EN LA PERSONA CON EL VIH
PÁG. 20

05

PREVENCIÓN
PÁG. 40

06

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO
PÁG. 46

07

GESTIÓN
Y CUIDADOS CLÍNICOS
PÁG. 51

08

SÉGUIMIENTO CLÍNICO
PÁG. 59

09

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA
PÁG. 67

10

CUIDADOS DE SALUD MENTAL
PÁG. 73

11

ATENCIÓN DEL VIH
A LO LARGO DE LA VIDA
PÁG. 79

12

RECURSOS ADICIONALES
PÁG. 89

INTRODUCCIÓN

Moverse con soltura por la estructura del sistema de salud no siempre resulta fácil. Implica no sólo conocer cuál es el manejo clínico de una enfermedad, sino también cómo se organizan y ofrecen los cuidados a los pacientes a través de los diferentes dispositivos sanitarios. Disponer de información sobre qué cuidados y servicios recibirá, cada cuánto tiempo y en qué centro sanitario y nivel asistencial facilita a las personas que acaban de recibir el diagnóstico de VIH, o de cualquier otra enfermedad crónica, implicarse en el cuidado de su salud y en la gestión de la atención sanitaria que reciben.

Esta guía ha sido elaborada por el **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)**, una entidad comunitaria que, desde 1997, informa, publica, divulga y capacita sobre el VIH y su manejo clínico, farmacológico y psicosocial desde un punto de vista comunitario y centrado en la persona. Muchas personas con el VIH a las que atendemos y algunos profesionales del ámbito sanitario, social y comunitario nos habían expresado la necesidad de contar con un recurso informativo dirigido a pacientes que fuera más allá de la tradicional explicación de los tratamientos del VIH. Concretamente, nos pedían ampliar el foco de interés de manera que una persona con el VIH recién diagnosticada –o incluso para aquella que ya lleva años diagnosticada– y con necesidades informativas pudiera disponer en un solo recurso de toda la información clave sobre lo que puede esperar de la atención y el tratamiento del VIH. Esta guía que tienes en tus manos –y que hemos titulado *¿Qué debo saber sobre la atención y el tratamiento estándar del VIH?*– es el resultado.

En ella, hemos puesto el foco, principalmente, en los niveles mínimos de aspectos importantes de la atención asistencial que las unidades de VIH deberían cumplir para ofrecer una atención sanitaria de calidad a las personas con el VIH. Estos elementos mínimos necesarios –denominados estándares asistenciales o de calidad asistencial– cubren gran parte de los servicios dirigidos a las personas con el VIH en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención crónica y atención terminal. Las personas con el VIH pueden recibir algunos de estos servicios de atención (o todos) en algún momento de su vida.

El proceso de atención asistencial continua del VIH conforma un marco organizativo para ejecutar intervenciones esenciales que aborden de forma integral las necesidades de las personas en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención crónica frente al VIH. No obstante, conviene recordar que, en general, los servicios sanitarios y sociales están sometidos a una gran presión, por lo que es posible que estos elementos mínimos necesarios no siempre se ofrezcan a los pacientes en todas las unidades de VIH. En ese caso, puedes:

INTRODUCCIÓN

- Hablar con el equipo que te atiende en la unidad de VIH sobre cualquier problema que tengas. Es posible que se pueda solucionar fácilmente.
- Puedes hablar sobre tus preocupaciones con una organización local de apoyo al VIH. Es posible que puedan plantear estos temas en tu nombre ante los responsables de los servicios de salud. Realmente, hay que tener en cuenta que algunos problemas pueden tardar mucho tiempo en remediarse. Sin embargo, estos estándares nos proporcionan una base sobre la que trabajar. Su objetivo es mejorar la atención continuada a todas las personas con el VIH en España.

No es necesario leer esta guía de principio a fin. Cada sección se centra en un tema diferente y cada apartado de cada sección debería ser autoconclusivo, por lo que deberías poder encontrar el tema que te interese en cualquier momento.

Para que no haya duda sobre los servicios y elementos mínimos necesarios de los que debe constar la atención y el tratamiento estándar del VIH, los encontrarás escritos en color azul y destacados entre dos líneas.

La guía trata de cubrir todos los aspectos de la atención del VIH, desde la prevención, las pruebas de detección y el diagnóstico hasta el tratamiento, la vida saludable y el envejecimiento con el VIH. También se abordan la salud mental y emocional, la atención social, el apoyo y el bienestar, así como la salud física.

Esperamos que esta guía te ayude a conocer mejor la atención y el tratamiento estándar del VIH en España y a comprobar que los cuidados que estás recibiendo en tu hospital se alinean con estos estándares de calidad.

02

PRIMERAS
PREGUNTAS



1. ¿Dónde se trata el VIH?

La infección por el VIH se trata en la atención especializada. Las Unidades o Servicios de Enfermedades Infecciosas o de Medicina Interna de los hospitales son los principales responsables del cuidado de los pacientes con el VIH. La atención puede proporcionarse en las Unidades de Hospitalización de Día (UHdD) o en Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas o Medicina Interna.

2. ¿Cómo se accede a la atención?

Cualquier persona que necesite acceder a la atención del VIH –y al resto de servicios y prestaciones del sistema sanitario público– deberá tener la tarjeta sanitaria individual (TSI). Este documento identifica y acredita a la persona poseedora como usuaria del sistema sanitario público. Para obtenerla, el requisito legal previo es el empadronamiento, es decir, la inscripción administrativa en el registro municipal del ayuntamiento de la localidad de residencia.

El acceso a la atención del VIH se hace por derivación del paciente desde el centro donde ha recibido el diagnóstico de VIH hasta la unidad de VIH de un centro hospitalario. Generalmente, el médico de atención primaria es el profesional que deriva a la atención especializada del VIH a un buen número de personas diagnosticadas. No obstante, otros profesionales sanitarios de otros dispositivos, como, por ejemplo, los médicos de los servicios de urgencia de los hospitales o de los centros de atención y tratamiento de las adicciones, también podrían derivar a pacientes diagnosticados de VIH en dichos centros.

3. ¿Qué profesionales sanitarios se ocupan?

En general, todas las unidades de VIH están compuestas por médicos especialistas en enfermedades infecciosas y VIH, profesionales de enfermería y personal administrativo. Con todo, la complejidad del manejo clínico de la infección y del tratamiento hace que la atención a las personas con el VIH deba compartirse con especialistas de otras áreas.

Asimismo, en función de las necesidades y de los recursos disponibles, existen otros profesionales que suelen formar parte de estos equipos, como los **trabajadores sociales, los psicólogos, los mediadores culturales o los educadores pares** que prestan a los pacientes diversos tipos de apoyo (emocional, social, instrumental, informativo y afiliativo, entre otros).

Las personas con el VIH deben ser atendidas en la atención especializada por **médicos especialistas** en enfermedades infecciosas y VIH que tengan los conocimientos adecuados.

El seguimiento clínico de los pacientes con el VIH se realizará conjuntamente con **farmacéuticos especialistas** a través de las consultas de atención farmacéutica especializada. La dispensación de los fármacos antirretrovirales se realiza en los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Además, el seguimiento clínico se complementa con las **consultas de enfermería de práctica avanzada en VIH**, cuya intervención resulta clave en el apoyo al auto-cuidado de la salud de los pacientes con el VIH y en la autogestión de la atención sanitaria que reciben.

Por otro lado, teniendo en cuenta el extenso abanico de enfermedades asociadas a la edad (comorbilidades) que pueden tener las personas con el VIH, se requiere, además de los perfiles profesionales mencionados, la participación de médicos de cabecera y otros **médicos especialistas a los que se accede por medio de derivaciones**, tanto desde la atención primaria como desde la especializada.

Para concluir, en los últimos años, y ante la demanda de servicios que respondan a las necesidades actuales de una población con el VIH muy heterogénea, que envejece y que requiere un abordaje integral de su salud, los nuevos modelos de atención reconocen a las **entidades comunitarias de respuesta al VIH y a otros recursos que forman parte de la comunidad** como un componente clave en la atención a los pacientes con el VIH. Dichas entidades ofrecen una cartera de servicios que complementa a los ofrecidos por las unidades de VIH de los centros hospitalarios y que trata de responder a las necesidades psicosociales de los pacientes con el VIH, en especial de aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social y más alejados de los dispositivos de salud convencionales.

En tu unidad de VIH, te informarán de las entidades de respuesta al VIH y de otros recursos disponibles en tu ciudad, así como de los servicios que ofrecen. Te asesorarán sobre cuáles pueden ser los más apropiados de acuerdo con tus necesidades y preferencias.

4. ¿Tengo que pagar la atención y el tratamiento del VIH?

No. Los pacientes no pagan ni la atención especializada que reciben en la unidad de VIH ni el tratamiento antirretroviral que recogen en las farmacias hospitalarias. Ambas prestaciones están financiadas en su totalidad por el Estado.

5. ¿En qué consiste el tratamiento del VIH?

Los fármacos para tratar el VIH se llaman 'antirretrovirales', ya que el VIH pertenece a una familia de virus denominada 'retrovirus'. El tratamiento del VIH se basa en la combinación de, como mínimo, dos medicamentos que actúan de forma diferente. A las combinaciones completas de medicamentos antirretrovirales se les llama 'régimen antirretroviral' o 'pauta antirretroviral', aunque también se las conoce como 'terapia combinada' o 'terapia antirretroviral de gran actividad' (TARGA).

Los medicamentos frente al VIH se presentan generalmente en comprimidos orales. No obstante, algunos antirretrovirales también disponen de versiones en solución oral (preparados líquidos) o en polvo para disolver en agua para las personas que tienen dificultades para tragar. Desde hacen unos años, también existen medicamentos antirretrovirales inyectables de acción prolongada que se administran cada dos meses.

Algunos regímenes antirretrovirales completos se encuentran combinados en un único comprimido. Actualmente, existen varias combinaciones de tratamiento completas que se administran en un único comprimido de una sola toma diaria.

6. ¿Todas las personas con el VIH necesitarán tomar tratamiento antirretroviral?

La infección por el VIH progresa a un ritmo diferente en cada persona. Prácticamente, todas las personas con el VIH necesitarán recibir tratamiento en algún momento de sus vidas, incluso en aquellas cuya infección progresa de forma más lenta. En la actualidad, se aconseja tomar el tratamiento antirretroviral, aunque tengas un recuento elevado de células CD4, ya que incluso en esa situación el VIH podría provocar problemas graves. El tratamiento antirretroviral es muy efectivo y resulta fácil de tomar. A menudo, en la gran mayoría de casos, apenas supone tomar uno o dos comprimidos diarios.

7. ¿Cómo funciona el tratamiento antirretroviral?

El tratamiento frente al VIH actúa evitando que el virus se reproduzca en las células, es decir, impide que el VIH utilice la maquinaria celular para hacer copias de sí mismo. Gracias al efecto de la medicación, la carga viral se reduce a niveles muy bajos y, entonces, el sistema inmunitario (incluyendo las células T CD4) tiene la posibilidad de volver a fortalecerse.

Cuando no se toma tratamiento, el sistema inmunitario trabaja de forma acelerada. El VIH infecta a las células CD4 para realizar más copias de sí mismo. El organismo produce nuevas células CD4 para combatir el virus, pero el VIH simplemente utiliza esas células para seguir reproduciéndose. Es como un círculo vicioso que resulta difícil de romper (véase la **Figura 1**).

Tomar los antirretrovirales tal como han sido prescritos permitirá reducir la cantidad de VIH en tu organismo a niveles ínfimos –lo que se denomina ‘indetectabilidad viral’ o ‘supresión viral’-. No obstante, el tratamiento no permite eliminar completamente el virus de tu organismo: el VIH permanecerá oculto en algunas células, lo que hace que la infección se establezca de manera prolongada o crónica. Tener la carga viral indetectable gracias al tratamiento antirretroviral te permitirá mantener una buena salud y, al mismo tiempo, evitar que el virus se transmita en tus relaciones sexuales. Es decir, el tratamiento no sólo protege tu salud, sino también la de tus parejas sexuales.

8. ¿Puedo llevar una vida normal tomando tratamiento antirretroviral?

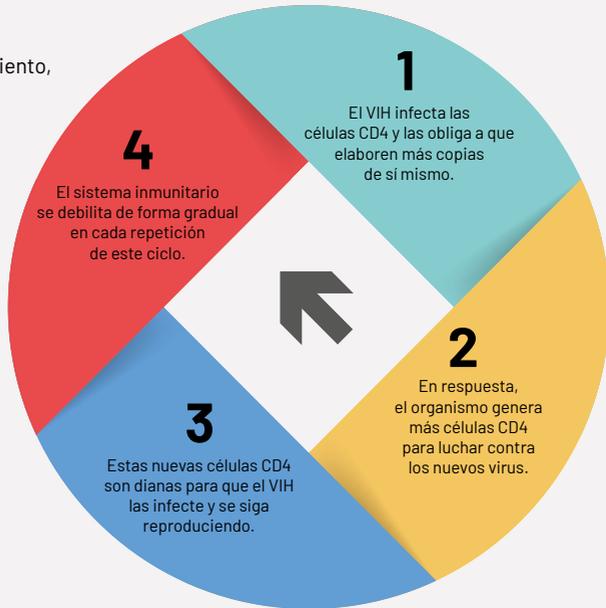
Absolutamente. En la actualidad, los regímenes antirretrovirales son más efectivos, tolerables y cómodos de tomar que en el pasado. El tratamiento antirretroviral no debería interferir en tus actividades diarias. Tomar tratamiento te permitirá tener buena salud, lo que te ayudará, a su vez, a mejorar tu bienestar y calidad de vida.

9. ¿Puedo participar en las decisiones sobre mi tratamiento?

Sí. No sólo debes hacerlo, sino que tienes derecho a recibir la información y formación necesarias por parte del servicio de salud de tu comunidad autónoma para poder participar de forma efectiva. Implicarte en el autocuidado de la salud y la autogestión de la atención sanitaria que recibes te ayudará a tener un mayor control sobre tu salud y los factores que la determinan.

Figura 1**Cuando no se toma tratamiento, el sistema inmunitario trabaja de forma acelerada**

Tras el inicio del tratamiento, cuando la carga viral se vuelve indetectable, el cuerpo deja de sobreproducir células CD4 y este ciclo se interrumpe. Entonces, tu sistema inmunitario puede tomarse un tiempo para recuperarse y fortalecerse.



10. ¿Mis datos clínicos y personales se custodiarán de forma segura?

Sí. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Además, la protección de datos es un tema prioritario para los centros sanitarios, ya que en ellos recae la responsabilidad de adoptar las medidas oportunas para garantizar el derecho a la intimidad y a elaborar, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

11. Si tomo tratamiento antirretroviral oral, ¿debo acudir personalmente a recoger la medicación?

Por lo general, los Servicios de Farmacia Hospitalaria ofrecen diferentes opciones para que los pacientes puedan recoger personalmente la medicación, por ejemplo, ampliando el horario de atención al público por las tardes o solicitando cita previa de acuerdo con las preferencias de horario de los pacientes. La visita a la farmacia hospitalaria es una oportunidad para plantear tus dudas sobre el tratamiento antirretroviral que tomas a los farmacéuticos que te atienden. Además, todas las farmacias han puesto en marcha la opción de que otra persona, previamente autorizada por ti, pueda recoger la medicación en tu lugar.

03

MODELO DE CUIDADOS DEL VIH EN ESPAÑA



MODELO DE CUIDADOS DEL VIH EN ESPAÑA

Hasta que no se logre encontrar una cura, las personas con el VIH necesitan recibir atención y tratamiento durante toda su vida. A partir del momento del diagnóstico, el paciente con el VIH inicia una relación con los profesionales sanitarios y los servicios de salud que implica siempre un seguimiento clínico protocolizado que incluye la toma de TAR diario y cada seis meses -en la mayoría de los casos- pruebas analíticas de sangre y -en ocasiones- en orina, y, a continuación, visitas con el médico especialista.

En las consultas, el médico informará al paciente, a partir de los resultados de la analítica, sobre su estado de salud general, de la fortaleza de su sistema inmunitario, de la respuesta al tratamiento antirretroviral y, por ende, de su estado virológico. A estas pruebas rutinarias podrían añadirse otras exploraciones y pruebas diagnósticas puntuales a petición del médico especialista a partir de los signos y síntomas de otras enfermedades y condiciones de salud.

Al conjunto de criterios o fundamentos conceptuales e ideológicos sobre los que se alzan el diseño, la oferta, la provisión y la gestión de los cuidados y servicios se le conoce como **modelo de atención asistencial** o **modelo de cuidados**.

Un modelo de atención asistencial es un sistema que define las condiciones de entrada, la administración del riesgo en la prestación del servicio y la forma en que se gestionan los servicios para asegurar la optimización de los recursos y la mejora de la calidad de la atención. En el concepto del modelo se determinan aspectos fundamentales como la población que lo va a recibir, quién lo financia, prestaciones que se van a dar, servicios y competencias de la salud pública y autoridad sanitaria.

3.1. Evolución de los modelos de atención del VIH

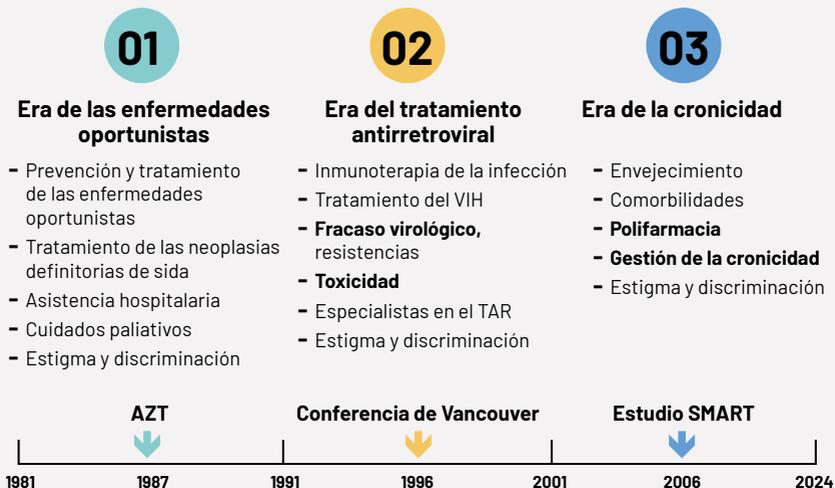
Desde el comienzo de la epidemia, los modelos de atención a la persona con el VIH se fueron modificando a medida que la epidemia iba evolucionando gracias a los avances en el tratamiento y el manejo clínico (véase **Figura 2** 'Principales problemas en la atención médica del VIH en tres épocas distintas'). Durante los primeros años de la epidemia, caracterizados por una elevada tasa de mortalidad en ausencia de un tratamiento efectivo, predominaron la atención hospitalaria y los cuidados paliativos.

MODELO DE CUIDADOS DEL VIH EN ESPAÑA

Posteriormente, la aparición de una terapia efectiva frente a la infección por el VIH condujo, por un lado, a una disminución espectacular de los casos de sida y de los fallecimientos y, por otro, a una mayor especialización y a centrarse en el tratamiento antirretroviral (TAR) cada vez más complejo como piedra angular del cuidado de los pacientes con infección por el VIH.

Desde la tercera década hasta la actualidad, la cronificación de la infección por el VIH gracias al TAR efectivo, el envejecimiento prematuro de la población infectada, las comorbilidades y la polifarmacia han llevado a la necesidad de una última evolución en los modelos de prestación de cuidados del VIH para poder atender a esta nueva complejidad de la forma más eficiente posible.

Figura 2
Principales problemas en la atención médica del VIH en tres épocas distintas (1981-2026)⁶



3.2. Modelo biomédico actual de atención al VIH

Cómo puede observarse en la **Figura 3** ('Modelo de cuidados del VIH en España'), el modelo actual de cuidados a las personas con el VIH es un modelo principalmente biomédico centrado en la enfermedad, en el que todo se organiza en torno al VIH y su tratamiento: consultas, oferta de servicios, gestión de los cuidados, toma de decisiones médicas, sistemas de información, etc.

El modelo se organiza en cuatro fases diferenciadas. En cada una de estas fases, los objetivos que se persiguen, los cuidados que se prestan, los profesionales que participan y la trayectoria de los pacientes con el VIH son diferentes. Las dos primeras fases tienen como objetivo la prevención, la detección y el diagnóstico de la infección por el VIH, mientras que la tercera y la cuarta fase se centran en el manejo clínico y el seguimiento de los pacientes diagnosticados. Cada una de estas fases trata de cumplir un objetivo terapéutico y, para ello, despliega una oferta de cuidados o servicios específica.

Este modelo ha cumplido una función asistencial muy importante y ha sido muy efectivo en las décadas anteriores para mantener el virus bajo control y lograr la supervivencia de las personas con el VIH. No obstante, como se observa en la **Figura 4** ('Dimensiones centrales y secundarias en el abordaje del VIH en la consulta de atención estándar, la prioridad en las consultas es la terapia antirretroviral, los resultados de los análisis de sangre y los problemas físicos, además del acceso a la información sobre medicamentos antirretrovirales, pero en menor medida.

Sin embargo, en este modelo biomédico, otros problemas y preocupaciones –de tipo psicológico, cognitivo, social o de bienestar–, que son importantes para las personas con el VIH, ya que causan malestar y afectan a la calidad de vida, son secundarios y no se abordan de manera rutinaria en la consulta. El acceso al apoyo a estos problemas depende de que el propio paciente tenga la habilidad y la oportunidad de plantearlos durante la consulta, algo que no siempre ocurre, o de que el médico los identifique casualmente. En definitiva, existe una falta de formación adecuada del personal sanitario para integrar todas estas dimensiones en la atención clínica que proporcionan a los pacientes. Esta necesidad no cubierta en la atención de las personas con el VIH hace que la brecha que separa a los pacientes de los profesionales sanitarios que los atienden sea cada vez mayor.

MODELO DE CUIDADOS DEL VIH EN ESPAÑA

Figura 3

Modelo de cuidados del VIH en España⁶



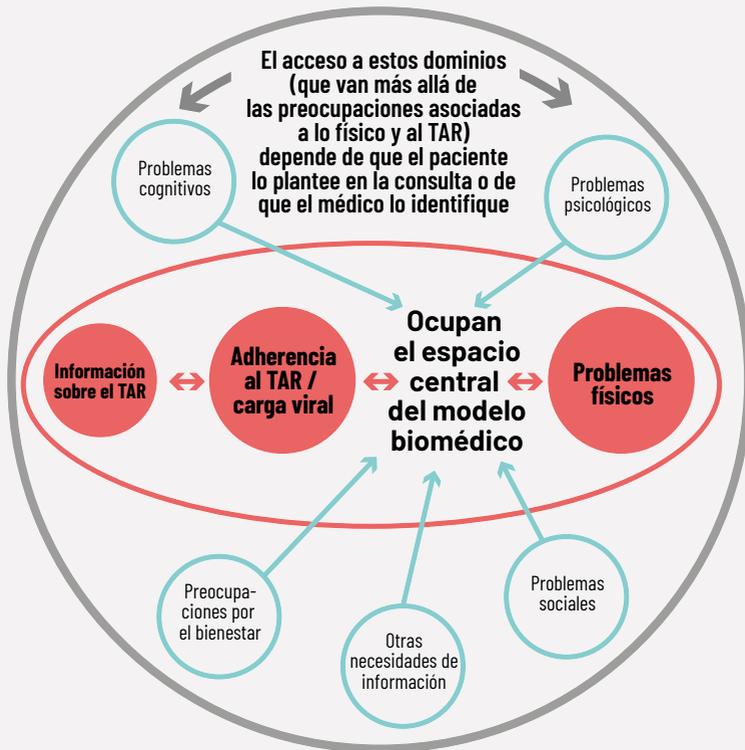
Ofertas de cuidados

Identificación de pacientes con sospecha de infección.	Test de confirmación del diagnóstico.	Prescribir tratamientos: TAR, efectos adversos TAR, infecciones oportunistas, comorbilidades, coinfecciones y otras ITS.	Monitorización y seguimiento de la respuesta al TAR: carga viral y nivel de CD4, efectos adversos, toxicidad, intolerancia, adherencia, resistencias, etc.
Realización de test.	Registro de casos, vigilancia epidemiológica.	Prevención y profilaxis de infecciones oportunistas, comorbilidades, coinfecciones y otras ITS a través de inmunizaciones y otras terapias.	Monitorización y seguimiento de infecciones oportunistas, comorbilidades, coinfecciones.
Seguimiento periódico de citas para poblaciones de riesgo.	Evaluación clínica inicial: anamnesis, examen físico, hábitos tóxicos y sexuales, antecedentes de ITS, comorbilidades, evaluación farmacológica, estudio de contactos, etc.	Valorar derivaciones a otros servicios no especialistas: ingresos hospitalarios, cuidados del hospital de día, unidades de reproducción, unidades de atención a drogodependencias, apoyo psicológico, nutricionista, trabajo social, etc.	Planificar revisiones de monitorización del tratamiento.
Valorar PEP.	Evaluación de laboratorio: hemograma, bioquímica general, carga viral, linfocitos CD4/CD8, estudio genotípico, serologías VHC, VHB, otras ITS, etc.	Educación para la salud.	Educación para la salud.
Programas de PrEP.	Vacunaciones preventivas.		
Asegurar derivación al servicio sanitario para confirmación del diagnóstico.	Valorar derivaciones a ginecología, pediatría y otros especialistas.		
Educación para la salud.	Educación para la salud.		

⁶ Elaborado a partir de Rojo A, Arratibel P, Bengoa R y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. The Institute for Health and Strategy (SI-Health)(ed.), 2018.

Figura 4

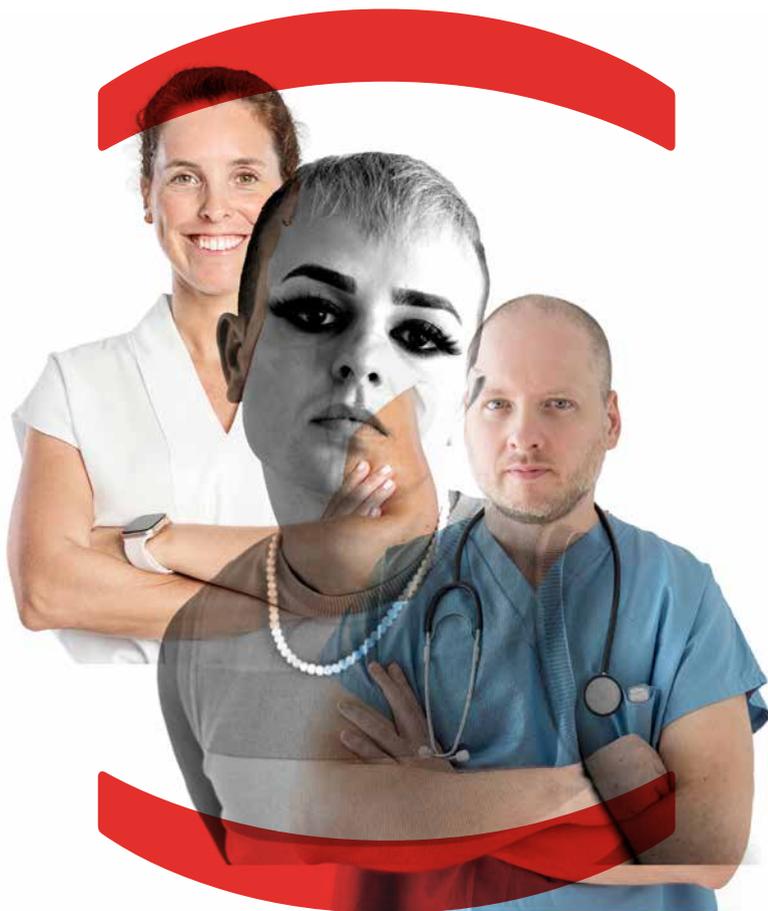
Dimensiones centrales y secundarias en el abordaje del VIH en la consulta de acuerdo con el modelo biomédico de atención en la actualidad ⁷



⁷ Bristowe K, Clift P, James R, Josh J, et al. Towards person-centred care for people living with HIV: what core outcomes matter, and how might we assess them? A cross-national multi-centre qualitative study with key stakeholders. HIV Med. 2019 Sep;20(8):542-554.

04

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH



AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

El cuidado del VIH debe ir más allá de un enfoque centrado en el tratamiento antirretroviral hacia uno que aborde la compleja situación biopsicosocial de las personas con el VIH, con especial atención a las de mayor edad, con múltiples comorbilidades y polimedicaadas. La atención integrada y centrada en la persona es un modelo asistencial que pone a la persona con el VIH en el centro de la intervención, proporcionándole unos cuidados individualizados desde un enfoque holístico y promoviendo su participación activa en el proceso de cuidado y de la gestión de la atención que recibe.

En la actualidad, se considera la infección por el VIH dentro de las enfermedades crónicas, con las que comparte características similares: se trata de enfermedades que no tienen cura; son de larga duración; requieren una atención y tratamiento especializados y la participación de los propios pacientes en su propio proceso de autocuidado para garantizar el control de la enfermedad y conseguir los mejores resultados.

El sistema sanitario en España está actualmente inmerso en un proceso de cambio como consecuencia de diferentes factores, pero, sobre todo, como consecuencia del envejecimiento de la población, del consecuente aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas y de los costes derivados de su manejo.

España cuenta con una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa. Se estima que casi el 92% de la mortalidad en nuestro país se debe a estas enfermedades. Y la incidencia de las enfermedades crónicas seguirá en aumento –muchas veces como consecuencia de estilos de vida poco saludables–, lo que a su vez tensionará progresivamente la sostenibilidad de la sanidad. Por otro lado, parece poco viable que se vaya a producir un aumento considerable en el presupuesto sanitario para atender las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

Para contrarrestar esta tendencia que lleva a la insostenibilidad de la sanidad pública española, los expertos consideran que el único camino posible y sostenible es una transformación ordenada del modelo asistencial. Este esfuerzo lo están realizando la mayoría de los países del mundo, ya que se ha comprobado que cuando las personas con enfermedades crónicas reciben cuidados continuos e integrales, dentro de un sistema integrado, con apoyo al autocuidado y seguimiento regular, se reducen las muertes prematuras, la discapacidad y mejora la calidad de vida.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

El envejecimiento y la cronicidad exigen a las autoridades sanitarias la implementación de políticas y estrategias de salud enfocadas a un nuevo modelo de atención en el que resultan fundamentales aspectos como la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el abordaje integral o la participación de los propios pacientes en el cuidado de su salud y en la gestión sanitaria que reciben.

De este modo, aparece la necesidad de abordar la implantación de modelos de atención integrada en los que la persona con una enfermedad crónica sea el auténtico eje central en torno al que organizarse.

4.1. Atención integrada y centrada en la persona

La atención integrada y centrada en la persona es un modelo de organización de la asistencia enfocada a la coordinación de los recursos y dispositivos disponibles, que tiene como objetivos la mejora de la calidad, de la eficacia y de la eficiencia a través de una mayor coherencia del abordaje global de la atención a la persona, de la obtención de sinergias y de la disminución de la fragmentación asistencial.

Este modelo favorece una mayor orientación a resultados y calidad de vida, cuya mejora se ha convertido en un objetivo a alcanzar en la atención del VIH. En este sentido, la orientación del conjunto del sistema hacia la persona, sus familias y la comunidad, atendiendo a sus preferencias, necesidades y objetivos vitales en todo momento es fundamental. La plena inclusión de la dimensión psicosocial de la persona en el abordaje de la atención aparece como un elemento clave para lograr este objetivo.

En las últimas décadas se está produciendo un cambio en el modelo de relación entre profesionales y pacientes, pasando de uno "paternalista y directivo" a otro "colaborativo", que acepta y fomenta la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud (véase **Figura 5** 'Del modelo biomédico al modelo colaborativo: la participación del paciente en el cuidado de su salud y en la gestión de la atención sanitaria que recibe'). Así, la atención integral y centrada en la persona implica que las personas tienen opciones y control sobre las decisiones que afectan a su propia salud y bienestar dentro de un sistema que aprovecha la experiencia, la capacidad y el potencial de las personas, las familias y las comunidades para brindar mejores resultados y reducir las desigualdades. La OMS reconoce que el modelo de atención integral y centrada en la persona debe ser el eje para mejorar los servicios de salud y de cuidados sanitarios de la larga duración.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

El concepto de atención integrada y centrada en la persona se sustenta en la relación de colaboración que se establece con los usuarios, es decir, las personas que utilizan los servicios sanitarios. La colaboración con los usuarios implica que las organizaciones sanitarias, los profesionales de atención sanitaria y los responsables de las políticas de salud se comprometen y trabajan activamente con las personas que utilizan el sistema sanitario para garantizar que la información y los servicios sanitarios cubran las necesidades de las personas.

A esta forma de trabajar que surge del **compromiso o alianza terapéutica** de todas las partes implicadas a través de una colaboración igualitaria se la denomina **trabajo colaborativo** (véase **Figura 6** 'Trabajo colaborativo en salud en la interacción médico-paciente en la consulta'). Este trabajo colaborativo se da tanto a nivel individual (en la interacción entre el paciente y los profesionales sanitarios en la consulta) como a nivel comunitario (en la labor de incidencia política que realizan las entidades y organizaciones de pacientes en el ámbito de la gestión y las políticas sanitarias) y debe ser promovido por los sistemas de salud en su conjunto. La colaboración entre los pacientes y los profesionales abarca tres ámbitos de trabajo concretos: la toma de decisiones compartida; el diseño de la planificación de la atención y los cuidados, y la capacitación en salud a través del apoyo al autocuidado y la autogestión de la salud.

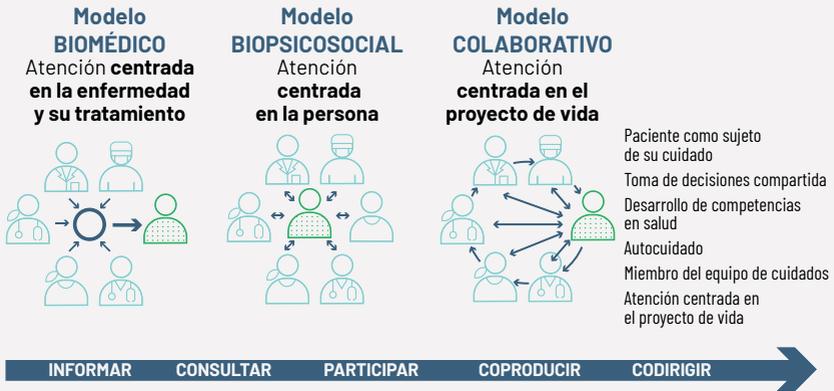
La constitución de un vínculo básico, un campo común que involucre a la persona con una enfermedad crónica y al equipo médico trabajando juntos, es la base de toda **acción terapéutica**. Está demostrado que la calidad de la **alianza terapéutica** es el predictor más robusto de éxito, siendo esto más importante aún desde la perspectiva del paciente. Está constituida por tres aspectos independientes: metas, tareas y vínculo. Su fuerza dependerá de la calidad de este último y el grado de acuerdo entre dichas partes.

La alianza terapéutica no es un simple prerrequisito, sino la esencia del proceso de cambio. En el corazón de dicho concepto está la noción de **colaboración o trabajo colaborativo**. Esto implica: trabajar "con" y "junto" al paciente, donde éste sea un participante activo, valorado, respetado, considerado como un miembro más del equipo médico que se ocupa de su cuidado; se trata de integrarlo como parte esencial del plan de acción individualizado y alentarle para que lo sostenga día a día, meses y años. Un tratamiento efectivo de las enfermedades crónicas requiere un equipo de participantes activos en el cual el paciente sea un miembro más del equipo. Cada contacto entre el profesional y el paciente que acude a la consulta debe ser visto como una oportunidad para la promoción de la salud y el afianzamiento de la alianza terapéutica, que le permitirá al paciente acudir a ella tantas veces como sea necesario.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

Figura 5

Del modelo biomédico al modelo colaborativo: la participación del paciente en el cuidado de su salud y en la gestión de la atención sanitaria que recibe⁸



⁸ Pomey MP, Lebel P. Patient Engagement: The Quebec Path. Healthc Pap. 2016;16(2):78-83. PMID: 28332969.

Figura 6

Trabajo colaborativo en salud en la interacción médico-paciente en la consulta⁹



⁹ Department of Health. Supporting people with long term conditions to self-care - A guide to developing local strategies and good practice. London; 2006.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

4.1.1. Principios y enfoques metodológicos

El modelo de atención integrada y centrada en la persona se sustenta en cuatro principios:

- **Tratar a las personas con dignidad, compasión y respeto:** Se trata de normas estandarizadas de experiencia del usuario en su interacción con los servicios de salud y son derechos humanos básicos.
- **Ofrecer atención, apoyo o tratamiento coordinados:** En múltiples episodios y a lo largo del tiempo; esto es de vital importancia en las transiciones entre servicios para garantizar la continuidad asistencial.
- **Facilitar los procesos:** Para que las personas reciban apoyo para desarrollar sus propias capacidades.
- **Ofrecer atención, apoyo o tratamiento individualizado:** Se debe prestar atención a lo que es importante para la persona, su familia y sus cuidadores.

La atención integrada y centrada en la persona incorpora:

- Un **enfoque poblacional** para ayudar a las personas de todas las edades y a sus cuidadores a controlar su salud y bienestar físico, mental y social, y a tomar decisiones y elegir de manera informada cuando su salud cambia.
- Una oferta proactiva y universal de apoyo a las personas con enfermedades crónicas para que puedan adquirir conocimientos, habilidades y desarrollar confianza a través de enfoques basados en el **apoyo al autocuidado** y centrados en la comunidad.
- **Enfoques intensivos** para capacitar a las personas con necesidades más complejas para que tengan más opciones y control sobre la atención que reciben.
- Un **enfoque integral e integrado** que exige tener en cuenta todos los aspectos que nos constituyen como personas (biomédicos, psicológicos, sociales y medioambientales). Un correcto abordaje de esta dimensión implica que en el diseño de las políticas se tenga en cuenta dicho enfoque y, por tanto, que las normativas reguladoras también lo contemplen. Del mismo modo, las planificaciones y el funcionamiento organizativo deben ser acordes con el concepto de integralidad, favoreciendo la coordinación entre los distintos niveles y sistemas de atención para **garantizar la continuidad asistencial**, lo que, a su vez, exige la utilización de metodologías adecuadas, como son la gestión y/o acompañamiento de los

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

casos con profesionales sanitarios dedicados a cumplir este objetivo (como las coordinadoras de casos o las enfermeras de enlace).

- Un **enfoque centrado en la persona** que parte del reconocimiento del derecho que todas y todos tenemos a desarrollar y controlar nuestros propios planes de vida, lo que está íntimamente relacionado con dos conceptos que son la **dignidad** y la **autonomía**. El enfoque de la personalización requiere que al considerar los apoyos que se precisan en cada caso se coloque como eje y centro de la planificación a la persona, tener en cuenta sus deseos y preferencias y contar con su participación activa en el proceso, tanto en el diseño y la planificación del programa de apoyo y cuidados individualizado, como en el desarrollo del mismo.

4.1.2. Beneficios

Cada vez hay más evidencia de que la atención centrada en la persona contribuye a obtener resultados y experiencias positivas para las personas con enfermedades crónicas, los trabajadores de la sanidad y los servicios de salud. Aunque la base de la evidencia es todavía relativamente moderada, los beneficios potenciales de la atención integrada y centrada en la persona son ampliamente reconocidos (véase **Tabla 1** 'Beneficios de la atención integrada y centrada en la persona').

4.2. Sistemas de estratificación de pacientes

Los sistemas de salud han de ofrecer una atención integrada que aglutine todas las dimensiones que constituyen nuestra salud, con una **oferta de servicios y cuidados multidisciplinar y multisectorial** que pueda ser coordinada de manera efectiva por las unidades hospitalarias y que cuente con la participación activa de los pacientes en el autocuidado de su salud y en la planificación de la atención y los cuidados, de manera que resulten coherentes con sus necesidades médicas y contexto personal.

Para lograrlo, se requieren nuevas formas de organización de la oferta de servicios y cuidados adaptadas a las necesidades de los pacientes y de herramientas para el uso en la consulta dirigidas a identificar sus problemas físicos y psicosociales, para, así, poder mejorar su bienestar y calidad de vida. Los sistemas de estratificación de pacientes y las mediciones de resultados percibidos por los pacientes son ejemplos del modelo de atención biopsicosocial centrado en la persona.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

Los sistemas de estratificación de pacientes son sistemas que permiten clasificar a los pacientes en grupos por complejidad en su manejo o por perfiles diferenciados.

La estratificación poblacional basada en el riesgo o la complejidad clínica permite adecuar las intervenciones al nivel de riesgo de cada paciente. Por otro lado, la estratificación de pacientes a nivel individual permite clasificar a pacientes con características comunes por perfiles diferenciados para establecer una “**oferta de cuidados**” homogénea en cada uno de los grupos de pacientes identificado, independientemente del nivel de riesgo (véase **Tabla 2** ‘Estratificación de los pacientes por complejidad o características comunes según el Modelo Óptimo de Atención al Paciente con el VIH’).

Tabla 1

Beneficios de la atención integrada y centrada en la persona



Mejora la experiencia de los pacientes y de la población

Mejora la satisfacción de los pacientes

Mejora la participación de los pacientes

Mejora la percepción de la población sobre las organizaciones sanitarias



Mejora la experiencia de los trabajadores de la sanidad y su bienestar

Mejora la satisfacción de los trabajadores de la sanidad

Mejora las actitudes de los trabajadores de la sanidad

Reduce la rotación de los trabajadores de la sanidad

Disminuye el estrés emocional de los trabajadores de la sanidad



Mejora los resultados clínicos, la seguridad y la calidad

Disminuye la mortalidad

Reduce las readmisiones

Acorta la duración de los ingresos

Disminuye las infecciones adquiridas en el entorno sanitario

Mejora la adherencia al tratamiento



Reduce los costes de la atención

Ingresos de menor duración

Menos costes por caso

Mejor utilización de los trabajadores de la sanidad con costes bajos frente a los de costes altos

Menor rotación de los trabajadores de la sanidad

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

Tabla 2

Estratificación de los pacientes por complejidad o perfiles diferenciados según el Modelo Óptimo de Atención al Paciente con el VIH¹⁰

A. Estratificación por complejidad

Nivel de complejidad	Puntuación
1. Extrema	>/= 23
2. Alta	Entre <23 y >15
3. Media	Entre <15 y >5
4. Baja	<5

Variables incluidas en el cálculo de la complejidad

1. Embarazo	5. Complejidad VIH
2. Apoyo social	6. Comorbilidades
3. Consumo de drogas	7. Estado psicológico y cognitivo y situación funcional
4. Conductas sexuales de riesgo	

¹⁰ Elaborado a partir de Mora J, Rojo A, Arratibel P, Bengoa R y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. Sistema de estratificación de pacientes con VIH. The Institute for Health and Strategy (SI-Health)(ed.), 2020.

B. Por perfiles diferenciados

Perfil de pacientes	Descripción
1. Azul	Paciente con infección por el VIH controlada, autónomo, con buen soporte social y familiar
2. Amarillo	Paciente complejo con comorbilidades y fragilidad
3. Morado	Paciente consumidor de sustancias
4. Verde	Paciente con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción
5. Fucsia	Mujer embarazada con infección por el VIH, controlada y con buen soporte familiar y social
6. Lila	Paciente con conductas sexuales de riesgo
7. Naranja	Paciente en su primer año de tratamiento frente al VIH

Variables incluidas en el cálculo de la clasificación por perfiles

1. Embarazo	6. Supresión viral >/= 6 meses
2. Apoyo social	7. Primer año de TAR
3. Consumo de drogas y dependencia	8. Estado psicológico
4. Conductas sexuales de riesgo	9. Estado cognitivo
5. Comorbilidades	10. Estado funcional y fragilidad

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

4.3. Resultados percibidos por los pacientes

Las mediciones de la eficacia clínica real a través de exploraciones y pruebas diagnósticas no permiten determinar cómo se sienten o viven los pacientes, o qué desean conseguir con una intervención o un tratamiento. La medición de este elemento de aceptabilidad requiere pruebas basadas en el paciente que incluyan mediciones del bienestar.

Debido al progresivo interés por el modelo biopsicosocial centrado en el paciente, ha aumentado también el interés por la obtención de **resultados percibidos por los pacientes** (PRO, por sus siglas en inglés), los cuales se basan en la percepción del paciente sobre la enfermedad y su tratamiento, sin interpretación del personal sanitario u otra persona.

Las **mediciones de los resultados percibidos por los pacientes** (PROM, por sus siglas en inglés) son las herramientas –generalmente cuestionarios de evaluación– utilizadas para recopilar datos y medir los PRO. Los PROM son importantes porque permiten conocer el punto de vista del paciente sobre una enfermedad o un tratamiento, el cual podría no captarse mediante una medición clínica (por ejemplo, a través de una prueba analítica de sangre), pero que puede ser tan importante para el paciente (y su cumplimiento del tratamiento) como ésta.

Por ejemplo, si queremos valorar la presencia de comorbilidad definida como la coexistencia, en una misma persona, de una o varias enfermedades o trastornos asociados a una enfermedad primaria, podríamos utilizar mediciones clínicas rutinarias –por ejemplo, pruebas diagnósticas rutinarias–. Sin embargo, desde el punto de vista del paciente, otros aspectos necesitan ser incorporados en la valoración de la comorbilidad. Principalmente, el impacto en su calidad de vida y su capacidad funcional. Los pacientes tienen un conocimiento único sobre su situación clínica y cómo ésta afecta a otras esferas de su vida y por tanto pueden valorar de forma adecuada su grado de comorbilidad usando cuestionarios disponibles y validados para tal fin.

La utilización de los PROM en la atención estándar del VIH se considera un enfoque centrado en la persona que permite a los pacientes plantear sus preocupaciones, sentir que todas sus inquietudes son escuchadas y validadas, y facilitar el debate de problemas potencialmente sensibles que de otra manera no podrían expresar. El uso de PROM a su vez fomenta la resiliencia, ayuda a las personas con el VIH a sentirse seguras de la atención que reciben y potencialmente aumenta su compromiso con los servicios y la adherencia al tratamiento. Si bien los resultados clínicos de las pruebas analíticas, la terapia antirretroviral y las preocupaciones físicas siguen siendo una parte central de la atención del VIH y de la conversación en la consulta,

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

médicos y pacientes con el VIH podrían identificar otros síntomas y preocupaciones prioritarios mediante la integración del PROM en las conversaciones (véase **Figura 7** 'Dimensiones centrales en el abordaje del VIH en la consulta de acuerdo con el modelo biopsicosocial de atención integral y centrada en la persona utilizando un PROM específico para el VIH').

Figura 7
Dimensiones centrales en el abordaje del VIH en la consulta de acuerdo con el modelo biopsicosocial de atención integral y centrada en la persona utilizando un PROM específico para el VIH⁷



4.4. Autocuidado

Convivir con una enfermedad crónica como el VIH es un proceso complejo, cíclico, dinámico, constantemente cambiante, contextual y multidimensional, que incluye procesos internos tales como la aceptación de la enfermedad, el afrontamiento, el autocuidado, la integración o la adaptación a la enfermedad y todos los cambios que genera. Los sistemas sanitario y social proporcionan apoyos a las personas con enfermedades crónicas para cubrir sus necesidades médicas y/o sociales. Sin embargo, los pacientes con enfermedades crónicas tienden a pasar relativamente poco tiempo en contacto con el sistema de salud.

Los profesionales de la salud constituyen sólo una parte de la dedicación necesaria para ayudar a las personas a afrontar los efectos de una enfermedad crónica y recuperar el mejor estado de salud posible. Hay una parte, muy importante, que depende estrechamente de los pacientes, familias y comunidades como

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

‘co-productores’ de salud. Se calcula que entre el 80% y el 90% de todos los cuidados dirigidos a las personas con enfermedades crónicas los llevan a cabo los propios pacientes y sus familias. El autocuidado incluye alimentarse bien; hacer ejercicio; tomar medicamentos; mantenerse en buen estado de salud mental; observar los cambios; hacer frente a los síntomas si empeoran; detectar y evitar errores de seguridad, o liderar y transmitir información relevante a otros pacientes en una situación similar.

El autocuidado puede entenderse como un compromiso entre los pacientes y el equipo de atención médica: el equipo debe ayudar a los pacientes a “vivir con” su enfermedad y a manejar las condiciones y sus impactos físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Por su parte, los pacientes se comprometen a adquirir competencias en salud para poder participar de forma activa en el cuidado de su propia salud y en la gestión de la atención sanitaria que reciben.

El término **autocuidado** adopta diferentes definiciones según el contexto sociocultural donde se utilice. Se puede definir como las acciones que realizan las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas. El autocuidado es un continuo que va desde la independencia completa para manejar la salud hasta la dependencia completa de la atención médica.

Las personas con enfermedades crónicas son expertas por su experiencia de convivir con su enfermedad crónica y por su experiencia en la interacción con los profesionales sanitarios y los servicios de salud a lo largo de todo su proceso asistencial. Su perspectiva sobre las enfermedades crónicas es única: los pacientes viven con la enfermedad todos los días, aprenden a gestionarla ellos mismos con el apoyo de los profesionales de la salud y otros profesionales del ámbito social y comunitario y, por necesidad, aprenden a moverse por el sistema de salud para obtener la atención adecuada.

Sin embargo, no se puede pretender que los pacientes participen de forma efectiva en el autocuidado de su salud si los sistemas sanitarios no los educan y capacitan previamente para ello. **Se estima que más de cuatro de cada diez personas con una enfermedad crónica no tienen los conocimientos, las habilidades y la confianza para manejar su salud y bienestar a diario.** Como consecuencia de ello, a menudo tienen una calidad de vida más baja y hacen más uso de los servicios de atención primaria y de urgencia que aquellos que tienen más conocimientos, habilidades y confían más en sus capacidades.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

4.5. Apoyo al autocuidado

A pesar de que las causas biológicas de las enfermedades crónicas son diversas, los problemas que les causan a los afectados son similares. La mayoría de las enfermedades crónicas provocan dolor, fatiga, insomnio, limitación funcional y estrés emocional.

Debido a las similitudes de los efectos que producen las enfermedades crónicas, las tareas y habilidades que deben aprender los que conviven con ellas también son similares. Además de superar los problemas físicos y emocionales, la persona con una condición crónica tiene que realizar cambios en su vida diaria:

- Deberá tomar medicamentos
- Adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio
- Desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad
- Manejar síntomas
- Tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud

A la vez, la persona con una enfermedad crónica necesita realizar un esfuerzo sistemático y focalizado para mantener o ajustar sus roles sociales de cónyuge, padre o madre, trabajador u otros y requiere aprender a manejar emociones como la rabia, el miedo, la soledad y síntomas depresivo.

Como se aprecia en la **Figura 8** ('Dimensiones del autocuidado'), cada una de las dimensiones del autocuidado –física, social y emocional– tiene sus propios objetivos y tareas que cumplir. Todas deben estar presentes para que se produzcan las conductas de autocuidado de forma efectiva.



AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

Los servicios de salud proporcionan al paciente apoyo al autocuidado para traspasar parte de su actividad asistencial a la vida cotidiana. El apoyo al autocuidado se puede definir como la provisión sistemática de intervenciones educativas y de apoyo por parte de los equipos de salud para aumentar las competencias en salud que el paciente requiere para manejar su enfermedad crónica.

El apoyo al autocuidado no significa dejar que el paciente se las arregle solo. Es un enfoque holístico a través del cual los servicios de salud brindan el apoyo y las herramientas adecuadas de acuerdo con las necesidades y preferencias individuales de cada persona.

El apoyo al autocuidado es un componente clave de la atención integrada y centrada en la persona y se basa en el trabajo colaborativo entre pacientes y el equipo médico para definir problemas, establecer metas y prioridades y co-crear planes individualizados de atención y cuidados a lo largo de todo el sistema (véase **Figura 9.A.** 'El apoyo al autocuidado como componente esencial del modelo de atención centrada en la persona a lo largo de todo el sistema').

El conocimiento en este área se encuentra en pleno desarrollo, por lo que la evidencia sobre las mejores estrategias para apoyar el cambio de conductas podría ser limitada por el momento. Sin embargo, muchos trabajos sugieren que, para cambiar la conducta, las personas tienen que querer realmente cambiarla. Los elementos generales que han mostrado que funcionan bien en el apoyo al autocuidado y la autogestión son:

- Involucrar a las personas en la toma de decisiones
- Enfatizar la resolución de problemas
- Desarrollar planes de atención como un trabajo colaborativo entre los usuarios del servicio y los profesionales sanitarios
- Establecer metas y hacer un seguimiento del grado en que se alcanzan con el tiempo
- Promover estilos de vida saludables y educar a las personas sobre sus afecciones y cómo autocuidarse y autogestionarse
- Motivar a las personas para que se autogestionen utilizando enfoques específicos e información y apoyo estructurados
- Ayudar a las personas a controlar sus síntomas y a saber cuándo tomar la acción apropiada

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

- Ayudar a las personas a gestionar el impacto social, emocional y físico de sus enfermedades crónicas
- Mantener un seguimiento proactivo
- Proporcionar oportunidades para compartir y aprender de otros usuarios del servicio/unidad (educación entre iguales)

A través del apoyo al autocuidado, los pacientes pueden desarrollar confianza en sus capacidades y adquirir los conocimientos y las habilidades para tomar el control de su vida diaria y lograr la mejor calidad de vida posible. Esto también ayuda a hacer un mejor uso de todos los recursos disponibles, por ejemplo, mejorando la adherencia al tratamiento y a las citas médicas, reduciendo la hospitalización y las visitas de urgencia y mejorando los resultados en salud. Por lo tanto, el apoyo al autocuidado libera costes y peso asistencial, que puede hacer más eficiente el sistema, porque estos costes y recursos –que son limitados– pueden utilizarse para otras cuestiones donde la opción de proporcionar apoyo al autocuidado no sea tan viable.

Existe una amplia gama de intervenciones para el apoyo al autocuidado, entre las que se incluyen folletos informativos; apoyo entre iguales de forma presencial (en el ámbito hospitalario o en el ámbito comunitario) o en línea, ya sea de forma individual o en grupo; *counselling* individual; capacitación en salud en grupo o individual (activación de pacientes); *coaching* en salud telefónico; monitorización de síntomas a través de apps de e-salud, e intervenciones dirigidas al cambio de conductas y al desarrollo de autoeficacia (véase **Figura 9.B.** 'Ejemplos de intervenciones de apoyo al autocuidado').

Las **intervenciones de autocuidado** se pueden categorizar a lo largo de un continuo. En un extremo de la escala se sitúan las intervenciones que buscan que los pacientes adquieran de una forma más pasiva adquirir conocimientos/información sobre la enfermedad y desarrollar habilidades técnicas; y, en el otro extremo del continuo, intervenciones que buscan más activamente el cambio de conductas y desarrollar la autoeficacia.

Todos los diferentes tipos de intervenciones son piezas importantes del puzzle que representa el apoyo al autocuidado, pero es improbable que proporcionar sólo conocimientos o habilidades técnicas sea suficiente para lograr el cambio de conductas y mejorar los resultados. Las intervenciones para mejorar el autocuidado deben centrarse en generar **confianza (autoeficacia)** y dotar a los pacientes de las **herramientas (competencias técnicas y competencias psicosociales)** para lograr un cambio de conducta estableciendo **metas personales y desarrollando estrategias efectivas** para lograrlas.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

Figura 9

A. El apoyo al autocuidado como componente esencial del modelo de atención integrada y centrada en la persona a lo largo de todo el sistema ¹¹



11 Skills for Care, Skills for Health (2008). Common Core Principles to Support Self-care. A Guide to Support Implementation. www.dh.gov.uk

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

La **autoeficacia** se refiere a la confianza de una persona o a su capacidad para aprender y realizar con éxito un comportamiento específico. Un fuerte sentido de autoeficacia conduce a una sensación de control y a la voluntad de asumir (y persistir) en tareas nuevas y difíciles. La teoría de la autoeficacia sugiere que los pacientes están activados y motivados para cuidar de su salud y gestionar la asistencia sanitaria que reciben cuando se sienten confiados en su capacidad para lograr su objetivo.

4.6. Activación de personas con enfermedades crónicas

Dentro del conjunto de iniciativas de apoyo al autocuidado, ocupan un lugar especial los denominados **programas de activación de pacientes con enfermedades crónicas**, en los que los formadores son, a su vez, personas con condiciones crónicas similares a las de aquellos que reciben la formación, que han sido previamente capacitados para tal fin y pueden ejercer como modelos de rol para sus iguales.

La figura del paciente crónico con un rol activo es un propósito a alcanzar por todos los modelos teóricos y planes estratégicos de atención a la cronicidad. Esto responde principalmente a la necesidad de promover la adopción de estrategias de autocuidado como un aspecto indispensable hacia el control de la salud, la gestión de la enfermedad y el uso responsable de los recursos sanitarios.

El constructo **activación** hace referencia a la percepción de uno mismo como responsable de su salud y a la capacidad de gestionar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo su autocuidado, gestionar su proceso de salud/enfermedad y participar de forma activa en la asistencia sanitaria que recibe: por ejemplo, controlar su evolución y tratamiento, gestionar el impacto físico, emocional y social de la enfermedad y decidir cómo y dónde obtener la asistencia sanitaria que necesita según cada momento; para actuar como última barrera en la seguridad (colaborando a evitar errores de medicación); o para liderar y transmitir información relevante a otros pacientes en una situación similar.

La activación de pacientes se ha mostrado directamente relacionada con mejoras en el estado de salud y también con un consumo racional de recursos sanitarios, por lo que se ha convertido en un objetivo de los modelos que propugnan un nuevo enfoque en la atención a la cronicidad.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

El **proceso de activación** es una intervención sistemática y estructurada de enseñanza-aprendizaje, en la que, utilizando las herramientas y métodos de la pedagogía activa y significativa, un educador par conduce el proceso de capacitación de la persona, tomando el rol de un *coach*, para facilitar y acompañar al paciente en la adquisición de las competencias necesarias para su activación. El proceso de activación puede realizarse de manera individual o grupal en aproximadamente diez sesiones de 90 minutos.

En el proceso de activación se pretende implicar al que aprende, y acompañarle en un proceso de transformación en su manera de interpretar la enfermedad y su cuidado, siendo la finalidad última del programa que el paciente sea responsable de su propio cuidado y de la gestión de la asistencia sanitaria que recibe. El educador par tiene que ayudar a que el paciente reconozca cuál es la relación que este tiene con su enfermedad y con la posibilidad de cuidar de sí mismo; y a que oriente su motivación hacia la necesidad de adquirir competencias para el autocuidado de la salud y el bienestar.

Antes de realizar un proceso de activación se requiere conocer cuál es el nivel de activación del paciente. Para medir la activación de pacientes, se utiliza la **Escala de Medición de Activación de Pacientes (Patient Activation Measure, PAM-13)**.

Se trata de un instrumento autoadministrado de 13 ítems que evalúa la activación de la persona, es decir, la percepción de uno mismo como responsable de su salud y su nivel de competencia basándose en los conocimientos, habilidades y actitudes que tiene para responsabilizarse de su autocuidado y gestionar la asistencia sanitaria que recibe. PAM-13 es un indicador confiable de la voluntad y capacidad del paciente para manejar su salud y cuidado de forma independiente.

La persona con una enfermedad crónica que se ha activado a través de un proceso de capacitación basado en la adquisición de competencias en salud demuestra capacidad para:

- **Resolver problemas:** Aprender a identificar un problema, generar posibles soluciones, implementar una solución y evaluar los resultados.
- **Tomar decisiones:** Aprender a identificar las señales de alerta cuando estén tratando sus síntomas, tener instrucciones claras sobre lo que hay que hacer y realizar las elecciones adecuadas para gestionar sus síntomas de la forma apropiada.
- **Utilizar recursos:** Aprender a buscar recursos y a utilizarlos de forma eficaz.

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

- **Establecer relaciones paciente-profesional sanitario:** Aprender a establecer relaciones con profesionales de salud.
- **Desempeño:** Aprender a implementar un comportamiento específico con el fin de conseguir un resultado.

4.7. Toma de decisiones compartida

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan continuamente a situaciones en las que deben tomar decisiones con diferentes grados de incertidumbre, ya sea en relación con procesos diagnósticos o terapéuticos.

En la actualidad no existe una definición totalmente consensuada sobre la **toma de decisiones compartida**, pero se acepta que implica un proceso de decisión colaborativa entre pacientes y profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud.

En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos técnicos sobre las alternativas disponibles, incluyendo información sobre los beneficios y riesgos o efectos secundarios esperados, así como un balance de las opciones. De forma complementaria, el paciente aporta su experiencia sobre el problema de salud y su realidad sociocultural, así como sus valores, preferencias, preocupaciones y la relevancia que le otorga a los diferentes atributos (beneficios, riesgos e implicaciones de las intervenciones).

Por tanto, el objetivo de esta interacción es alcanzar una decisión consensuada sobre la intervención, en la que el profesional apruebe su idoneidad basándose en las características clínicas del paciente y que éste se sienta satisfecho con la opción escogida.

El equipo médico que te atiende debe implicarte de forma proactiva en la toma de decisiones sobre tu salud, tu atención y tratamiento.

Los profesionales sanitarios de tu unidad de VIH te ayudarán a manejar todos los aspectos relacionados con tu bienestar y calidad de vida, lo que puede incluir derivaciones a otros recursos sociales y comunitarios.

04

AVANZANDO HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN LA PERSONA CON EL VIH

El equipo te proporcionará información sobre tu cuidado, que debería incluir todos los aspectos relacionados con el VIH, el manejo clínico y su tratamiento. Toda la información debería estar escrita de forma fácilmente comprensible.

Deberías poder acceder a diversos servicios de apoyo al autocuidado que te permitan adquirir conocimientos e información, desarrollar habilidades técnicas y competencias psicosociales y mejorar tu nivel de activación.

El equipo médico que te atiende te informará si la unidad ofrece apoyo y educación entre iguales o qué entidad comunitaria del VIH brinda este servicio en tu localidad.

05

PREVENCIÓN



Las personas con el VIH desempeñan un papel crucial en la prevención de la transmisión de este virus y deben ser incluidas en el debate y en el diseño de estrategias de cómo evitar la propagación del VIH. Esta sección puede resultar de interés también para aquellas personas sin el VIH que tienen un mayor riesgo de exposición a este virus de manera prolongada. El objetivo de esta fase (véase [Figura 3 'Modelos de cuidado del VIH en España'](#)) es evitar que las personas sin el VIH que se encuentran en una situación de mayor riesgo de exposición adquieran la infección y que las personas con el VIH diagnosticadas que reciben tratamiento antirretroviral no lo transmitan.

En los últimos años, la prevención del VIH se ha incorporado a la cartera de servicios que ofrecen las unidades de VIH de los centros hospitalarios para atender las necesidades de prevención de personas seronegativas que se encuentran en una situación de elevada exposición prolongada a este virus.

Independientemente de tu estado serológico al VIH, en la unidad de VIH te explicarán qué cosas puedes hacer para protegerte o proteger a los demás de esa infección. Uno de los enfoques que más efectividad ha evidenciado en la prevención del VIH y de otras ITS es el de la **prevención combinada**. Este enfoque hace referencia a que las personas conozcan y puedan acceder a las diferentes herramientas preventivas para que las puedan combinar entre sí y adaptarlas a sus necesidades de prevención, las cuales no son estáticas, sino que pueden ir variando a largo de sus vidas. Cuantas más opciones preventivas utilicemos para combinar entre sí, menor será el riesgo de adquirir o transmitir el VIH.

Los **preservativos externos o internos** junto con el **uso de lubricante** y las **jeringuillas esterilizadas desechables** siguen siendo herramientas efectivas en la prevención sexual y parenteral del VIH cuando se utilizan de manera correcta. Su uso se debe seguir promocionando como herramientas preventivas de eficacia probada en personas con y sin el VIH.

En la unidad de VIH, a todas las personas sexualmente activas, con independencia de su estado serológico al VIH, se les debería ofrecer un paquete completo de opciones de prevención del VIH y de otras ITS.

Dicho paquete debería incluir, entre sus herramientas preventivas, preservativos internos y externos, lubricante, jeringuillas y otros materiales para la inyección de drogas, pruebas rutinarias del VIH y otras ITS, e información y educación para el autocuidado de la salud sexual.

El equipo médico que te atiende te informará de los beneficios de la prevención combinada y de cómo esta te ayudará a tener un mayor control sobre tu salud sexual y a disfrutar de una vida sexual más saludable.

No obstante, para muchas personas y por diferentes motivos, estas herramientas podrían no adaptarse a sus necesidades de prevención y, por ello, necesitan nuevas opciones más intensivas que les ayuden a mantener un autocuidado más consciente de su salud sexual.

En este sentido, en los últimos años, ha ido ganado cada vez más terreno el desarrollo de **herramientas biomédicas de prevención del VIH** especialmente concebidas y dirigidas a aquellas personas para las que no es factible o deseable el uso de las herramientas preventivas tradicionales.

Desde que se descubrió el efecto preventivo del tratamiento antirretroviral, se ha ampliado el abanico de la prevención combinada con nuevas herramientas basadas en el TAR que podrían contribuir, en gran medida, a disminuir los nuevos diagnósticos de VIH en las próximas décadas. El TAR, además de evitar que el virus se replique (reproduzca) en el organismo y que las personas con el VIH enfermen, también evita que éstas lo transmitan cuando la cantidad de virus en su sangre es muy baja. Además, el tratamiento antirretroviral evita también que las personas sin el VIH lo adquieran cuando toman el TAR de forma preventiva.

La primera estrategia se conoce como **tratamiento como prevención** (TasP, por sus siglas en inglés) y se basa en la evidencia de que el inicio temprano del tratamiento antirretroviral constituye la mejor opción para la salud individual y poblacional a largo plazo. Es decir, si tienes el VIH, deberías iniciar el tratamiento antirretroviral tan pronto como te sientas preparado.

El tratamiento antirretroviral impide la replicación (reproducción) del virus, lo que permite que se reduzca la cantidad de virus presente en la sangre (conocida como carga viral). Una vez la carga viral se sitúe por debajo del umbral a partir del cual ya no puede ser detectada por las pruebas de laboratorio estándar utilizadas (conocido como umbral de la **indetectabilidad viral**), el VIH no puede transmitirse durante las relaciones sexuales, aunque tus parejas y tú no utilicéis preservativos.

Este principio que se sustenta en evidencia procedente de estudios de investigación y ensayos clínicos aleatorizados ha sido uno de los grandes descubrimientos científicos de los últimos años. Este hallazgo dio lugar a una campaña mundial de

sensibilización que, bajo el lema **“indetectable es igual a intransmisible” o “I=I”**, tuvo como objetivo llevar este mensaje a cualquier rincón del planeta por los enormes beneficios que supone para el bienestar y la calidad de vida de las personas con el VIH. Empezar el tratamiento lo antes posible tiene enormes beneficios tanto para la salud individual como para la salud poblacional.

Resulta de suma importancia que el equipo médico que te atiende te explique en detalle que una persona con el VIH, en tratamiento y con carga viral indetectable no transmite el virus a su pareja o parejas sexuales. Aunque siga siendo recomendable utilizar preservativos internos o externos para evitar otras ITS, el hecho de saber que, en las circunstancias anteriormente mencionadas, no se transmite el VIH, reduce la ansiedad de muchas personas por el miedo de transmitir el virus durante las relaciones sexuales.

Los médicos y el resto del equipo que te atiende en la unidad de VIH deben informarte del **efecto preventivo del tratamiento antirretroviral** en la transmisión del VIH, para que puedas tener un mayor control sobre tu salud sexual y reproductiva y puedas tomar junto con tu pareja –o parejas– las mejores decisiones que afecten a tu salud sexual y reproductiva.

Si acabas de recibir el diagnóstico de VIH y todavía te sientes abrumado por la noticia, el estrés podría hacerte sentir que no estás preparado para iniciar el tratamiento inmediatamente. Si eso sucede, no te sientas mal por ello. Es normal que pueda suceder. Si el inicio del tratamiento no es urgente, podrás pedir retrasar unos pocos días la decisión de iniciar el tratamiento y buscar ayuda y hablar, por ejemplo, con **educadores pares** u otras **personas con el VIH** para que te expliquen sus experiencias. Si el inicio del tratamiento es urgente, no dispondrás de mucho tiempo para pensarlo. Si se da esta situación, recuerda que el inicio temprano del tratamiento tiene un doble beneficio: preservar tu estado de salud a largo plazo y evitar transmitir el virus a otras personas cuando la carga viral esté indetectable.

La segunda estrategia se conoce como **profilaxis preexposición frente al VIH** (o **PrEP**) y está dirigida a las personas sin el VIH que están más expuestas a adquirir este virus. La **PrEP** consiste en la toma oral diaria de dos fármacos antirretrovirales combinados en un único comprimido que evitan adquirir el VIH en caso de una exposición a este virus durante las relaciones sexuales.

La **PrEP** no consiste únicamente en tomar los medicamentos antirretrovirales y dejar que actúen. Se trata de un programa de salud sexual a través de cual las personas que cumplen los criterios para recibirla se comprometen a realizar un seguimiento médico de su estado de salud cada tres meses para verificar la seguridad y la efectividad de la pauta de fármacos antirretrovirales que están tomando.

Ambas estrategias son muy efectivas en la prevención del VIH si se mantiene una buena **adherencia al tratamiento antirretroviral**, es decir, si se toma tal como ha sido prescrito por el equipo médico que te atiende. Esto implica no saltarse ninguna dosis, tener en cuenta las posibles recomendaciones en cuanto a la forma de administrar el fármaco y evitar la toma conjunta de los fármacos antirretrovirales y otros fármacos, alimentos, productos de herboristería y drogas de los que se sabe que interaccionan cuando se toman de forma conjunta.

Por último, las personas con y sin el VIH es importante que conozcan otra estrategia de prevención basada en fármacos antirretrovirales conocida como **profilaxis postexposición al VIH (PEP)**, por sus siglas en inglés). Se trata de una estrategia dirigida a evitar la transmisión del VIH en personas seronegativas que han mantenido prácticas sexuales de riesgo, que se les ha roto el preservativo durante el sexo o que han sido objeto de violencia sexual. Consiste en la toma de un régimen antirretroviral completo durante 28 días administrado preferiblemente en el plazo de 4 a 6 horas tras la posible exposición y nunca superando el límite de las primeras 72 horas (3 días). Se trata de una estrategia preventiva de urgencia y, por eso, se administra en los servicios de urgencia de los hospitales tras una evaluación del riesgo de exposición al VIH por parte de los médicos de la unidad de VIH. Esta herramienta podría ser de utilidad para las parejas de las personas con el VIH cuando éstas empiezan a tomar tratamiento antirretroviral y se les rompe el preservativo mientras practican sexo y la carga viral está todavía en niveles detectables.

A las personas sin el VIH que entren en un programa de salud sexual basado en la **PrEP** se les realizará un seguimiento cada 3 meses que incluirá cribado del VIH, ITS y los virus de la hepatitis B (VHB) y de la hepatitis C (VHC); valoración de los efectos secundarios a través de pruebas analíticas de sangre y orina; información y consejo asistido sobre salud sexual; y control de la adherencia a la medicación.

Una correcta **adherencia** es el factor fundamental para lograr la máxima efectividad de la **PrEP** y del **tratamiento como prevención**. Si tienes dificultades para mantener una correcta adherencia al tratamiento tanto si lo usas para tratar como para prevenir el VIH, comunícalo a tu equipo médico. Ellos te ofrecerán información, te proporcionarán habilidades y estimularán tu motivación para que puedas mantener una correcta adherencia. También te podrán derivar a una organización comunitaria que proporcione servicios de apoyo a la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo con tus necesidades y preferencias.

Cualquier servicio de urgencias de un centro hospitalario en España debería ser capaz de evaluar tu riesgo de exposición al VIH cuando te han fallado los preservativos, no los has utilizado o has sufrido una agresión sexual. Si el equipo médico del **servicio de urgencias** considera que este riesgo es elevado, se te prescribirá una **profilaxis postexposición frente al VIH (PEP)** durante 28 días.

La **PEP** es una medida de **urgencia y excepcional** que se utiliza de forma puntual cuando se produce una situación de exposición de riesgo al VIH. Los médicos de la **unidad de VIH** deben identificar entre las personas sin el VIH que solicitan la **profilaxis postexposición** a aquellas que lo han hecho más de una vez para darles a conocer la **PrEP**, explicarles sus beneficios en personas cuyo riesgo de exposición frente al VIH es prolongado e invitarlas a formar parte de un programa de **PrEP**.

06

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL VIH



DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL VIH

El objetivo de esta segunda fase (véase Figura 3 'Modelos de cuidado del VIH en España') es la detección precoz de casos, su confirmación diagnóstica y la valoración inicial de los pacientes recién diagnosticados. Te explicaremos cómo se evalúa el estado de salud física en relación con el VIH y qué cuidados se proporcionan.

Aumentar y diversificar la oferta de la prueba del VIH es una estrategia crucial para frenar la epidemia. Los distintos profesionales implicados en esta fase se encargan de identificar, de forma activa o pasiva, a personas en riesgo de infección y ofrecerles el test de manera periódica para poder determinar su estado serológico respecto al VIH.

Las pruebas rutinarias del VIH deberían ofrecerse de diversas maneras y se debería promover su realización de forma periódica como parte del cuidado de la salud sexual. Esto resulta de especial importancia para poder llegar a las poblaciones más vulnerables frente al VIH y más alejadas de los circuitos sanitarios convencionales.

Los médicos de cabecera deberían ofrecer pruebas del VIH cuando se acude por primera vez a su consulta, pero también si sus pacientes no se han hecho ninguna prueba en el último año. También deberían proporcionar de forma rutinaria las pruebas del VIH en las clínicas de salud sexual, en otras clínicas hospitalarias o en los servicios de urgencia en los hospitales. Existe evidencia de que ofrecer la prueba de detección del VIH y de otras infecciones virales (como, por ejemplo, las hepatitis B y C) es una estrategia efectiva para detectar y diagnosticar casos ocultos de estas infecciones.

Asimismo, debería ofrecerse la prueba de detección del VIH de forma más generalizada y diversificada en el entorno comunitario. Esto podría incluir la realización de pruebas a domicilio a través del autotest y el automuestreo una vez que este último se autorice en España. En el caso del autotest del VIH, el usuario toma su propia muestra de sangre a través de la punción digital, realiza la prueba con el dispositivo de análisis y lee el resultado por sí mismo. En el automuestreo, el usuario también toma su propia muestra de sangre a través de la punción digital y, posteriormente, la muestra se envía a un laboratorio donde será analizada. El resultado se le comunica por SMS o correo electrónico si es negativo, o por teléfono si es positivo.

Las pruebas utilizadas pueden ser **pruebas ELISA de laboratorio o pruebas rápidas**. Se denominan pruebas rápidas porque el tiempo desde la toma de la muestra hasta la obtención del resultado es menor que con otras técnicas, pudiendo obtenerse este en menos de 30 minutos. En caso de que el resultado sea positivo,

siempre se debe asegurar su confirmación diagnóstica mediante una técnica más específica como el **Western blot**.

En esta fase también se proporciona **asesoramiento sobre salud sexual**, desde un enfoque positivo de la sexualidad, para reducir o evitar el riesgo de adquirir o transmitir el VIH, tanto en las personas con un resultado negativo como en aquellas con un resultado positivo en la prueba. Además, en los casos negativos y en función de los factores de riesgo, se informará a la persona sobre la **profilaxis preexposición frente al VIH** para que pueda tomar una decisión informada sobre la conveniencia de participar en un programa de PrEP como estrategia para reducir su riesgo prolongado de exposición al VIH.

Debería ofrecerse de forma rutinaria la prueba del VIH en una amplia variedad de entornos sanitarios.

Diversificar y aumentar la oferta de la prueba del VIH también debería ser posible en el entorno comunitario, incluyendo pruebas a domicilio de autotest y automuestreo (cuando esté disponible en España).

En todos los casos, la información sobre qué hacer en caso de dar positivo a la prueba del VIH debería estar disponible de forma clara y comprensible.

Si tienes el VIH, es importante que mantengas una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y a las citas médicas. Una vez alcances una carga viral indetectable, el VIH no puede transmitirse durante las relaciones sexuales.

Recibir el diagnóstico del VIH supone, en general, un momento muy estresante para muchas personas y, probablemente, necesiten tiempo para aceptar este cambio en sus vidas.

Por fortuna, existen numerosos servicios tanto en el entorno sanitario como en el comunitario que ayudan a las personas a afrontar el diagnóstico, proporcionándoles incluso apoyo de otras personas que han pasado por experiencias similares. En tu hospital te informarán de los servicios disponibles.

6.1. Valoración inicial

Una vez confirmado el diagnóstico, se lleva a cabo la valoración inicial del paciente que se realiza durante la primera y segunda visitas al centro e incluye un examen físico general sistematizado, la realización de la historia clínica completa (que incluye información sanitaria y psicosocial del paciente, así como los antecedentes familiares de enfermedad) y la petición de exploraciones complementarias de laboratorio. Esta evaluación permite determinar el estado inicial del paciente y detallar el estado inmunitario y virológico de la infección, lo que permitirá seleccionar los tratamientos apropiados en cada caso.

Adicionalmente, se ofrecen cribados y tratamientos para otras enfermedades transmisibles y la vacunación frente a otros virus o bacterias. Se valora la derivación de algunos pacientes que, por sus características, requieren de otras especialidades para completar la evaluación inicial, como, por ejemplo, la derivación de las mujeres con el VIH a los servicios de ginecología.

La evaluación clínica inicial es también una ocasión muy importante para establecer las bases de una relación profesional sanitario-paciente efectiva basada en el trabajo colaborativo, y aconsejar sobre estrategias para evitar la transmisión del VIH, promover hábitos saludables y abordar el consumo de drogas, incluido el *chemsex*. Esta evaluación se repite con periodicidad semestral y/o siempre que la situación clínica del paciente lo requiera.

Si acabas de recibir el diagnóstico, te deberían ofrecer una cita con un servicio especializado en el VIH en las dos semanas siguientes, así como facilitarte el acceso al apoyo psicológico y de pares.

La valoración clínica inicial de los pacientes con el VIH debe recoger información relativa a antecedentes personales y patológicos de cara a realizar educación sanitaria, efectuar cribado de infecciones latentes para su eventual profilaxis y adecuar el tratamiento antirretroviral.

El examen básico completo en la valoración inicial consta de los seis ítems siguientes: antecedentes de ITS; orientación sexual y hábitos sexuales; antecedentes psiquiátricos; país de origen; antecedentes de síntomas relacionados con la infección por el VIH; y antecedentes de enfermedades definitorias de sida.

Para la prevención y abordaje de algunas infecciones oportunistas y de infecciones que comparten la vía de transmisión con el VIH, se recomienda la determinación del estado serológico en la valoración inicial. Entre las serologías complementarias mínimas se incluyen: serologías de sífilis, hepatitis A, B y C, toxoplasmosis y citomegalovirus.

Se realizarán pruebas de determinación de mutaciones de resistencias por métodos genotípicos en la valoración inicial.

Se debe determinar la carga viral del VIH, el número absoluto y el porcentaje de linfocitos CD4+ en la valoración inicial antes de comenzar el TAR y, una vez iniciado, como parámetro de monitorización.

Hay evidencias de que un bajo nivel socioeconómico constituye un factor predictor de mala adherencia al tratamiento antirretroviral y de una menor vinculación al cuidado sanitario en los pacientes con infección por el VIH. Esto influye en una progresión más rápida de la enfermedad y una mayor mortalidad. El conocimiento del entorno sociofamiliar del paciente, y de su medio de vida, permite valorar la necesidad de medidas de apoyo que faciliten un mejor acceso y cumplimiento de los cuidados sanitarios.

En la valoración inicial, se recogerán las siguientes variables sociales en la historia clínica: vivienda estable (propia, familiar, casa de acogida, comunidad terapéutica); nivel de estudios; situación laboral.

De manera general, las actividades de esta fase se llevan a cabo en las unidades o servicios de enfermedades infecciosas de los hospitales.

07

GESTIÓN Y CUIDADOS CLÍNICOS



GESTIÓN Y CUIDADOS CLÍNICOS

El objetivo de esta tercera fase del modelo de atención del VIH (véase [Figura 3 'Modelos de cuidado del VIH en España'](#)) es alcanzar la indetectabilidad viral y recuperar la función inmunitaria, especialmente en aquellas personas con el VIH cuyo recuento de células CD4 se situó por debajo de las 500 células/mm³ en el momento del diagnóstico. Además de controlar y monitorizar la evolución de la infección por VIH, durante esta fase se prestará especial atención al control del resto de comorbilidades o infecciones que puedan existir.

En las primeras visitas tras el diagnóstico el médico te prescribirá un tratamiento frente al VIH. En España, las recomendaciones de tratamiento frente al VIH las elabora un panel de expertos del Grupo de Estudio del Sida (GeSIDA) y la División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Vírales y Tuberculosis (DCVIHT) del Ministerio de Sanidad.

Las directrices españolas recomiendan el inicio del tratamiento lo más pronto posible una vez se haya confirmado el diagnóstico de la infección por el VIH. No obstante, los expertos españoles consideran que el inicio del tratamiento antirretroviral debe valorarse siempre de forma individual, siendo la predisposición del paciente uno de los elementos clave para garantizar el éxito del tratamiento.

Muchos pacientes pueden sentirse preparados para tomar el tratamiento justo después de recibir el diagnóstico; otros pueden requerir más tiempo. Sin embargo, el tiempo que una persona puede posponer el inicio del tratamiento también dependerá de cuál es su estado de salud. Aunque no inicies el tratamiento de forma inmediata, el especialista en el VIH debería hablarte de él y de sus beneficios en tu primera cita médica.

Los fármacos antirretrovirales actualmente disponibles resultan seguros y son efectivos. Son medicamentos más fáciles de tomar que los primeros fármacos usados frente al VIH y tienen menos efectos secundarios. En la mayor parte de los casos, el tratamiento supone tomar sólo uno o dos comprimidos al día. El tratamiento antirretroviral no cura la infección por el VIH, pero puede controlarla de por vida. No obstante, es necesario que tomes los fármacos todos los días tal como han sido prescritos.

El equipo médico que te atiende deberá hablar contigo para asegurarse de que te sientas preparado para empezar a tomar el tratamiento antirretroviral. Tu médico te ayudará para que puedas iniciar esa terapia cuanto antes.

El tratamiento antirretroviral es muy efectivo cuando se toma de forma correcta. Todos los países que utilizan el tratamiento antirretroviral han experimentado un descenso drástico de las tasas de enfermedad y mortalidad relacionadas con el VIH. El tratamiento funciona en mujeres, hombres y niños; en personas cis o trans; con independencia de cómo se adquirió el virus, tanto si fue por vía sexual, por uso de drogas por vía intravenosa, al nacer o por recibir una transfusión de sangre o productos sanguíneos.

Tomar los antirretrovirales tal como han sido prescritos permitirá reducir la cantidad de VIH en sangre, es decir la carga viral, a niveles ínfimos –lo que se denomina **indetectabilidad viral o supresión viral**–. No obstante, el tratamiento no permite eliminar completamente el virus de tu organismo: el VIH permanecerá oculto en algunas células, lo que hace que la infección se establezca de manera prolongada o crónica.

Tener la carga viral indetectable gracias al tratamiento antirretroviral te permitirá mantener una buena salud y, al mismo tiempo, evitará que el virus se transmita en tus relaciones sexuales, aunque no utilices el preservativo. Es decir, el tratamiento no sólo protege tu salud, sino también la de tu pareja o parejas sexuales.

El tratamiento antirretroviral seguirá funcionando durante toda tu vida si lo tomas tal como ha sido prescrito. Por este motivo, es preciso que sigas recibiendo atención en la unidad de VIH del hospital que te atiende. A esto se le llama **retención en cuidados**.

Los servicios de atención al VIH tienen que mantenerse en contacto contigo y atenderte de forma regular, para ayudarte a tomar el tratamiento y asegurarse de que funcione bien. En ocasiones, algunas personas podrían saltarse las citas médicas y no recibir atención clínica con regularidad. La unidad de VIH debería asegurarse de que se pongan en contacto contigo y te traigan de vuelta a la unidad para reiniciar el seguimiento clínico y el tratamiento. Esto te ayudará a que dispongas del suministro regular de antirretrovirales y te realicen análisis de sangre periódicos.

En caso de que cambies de hospital (porque has cambiado de domicilio o por cualquier otro motivo), tu antiguo hospital enviará tu historia clínica a la unidad de VIH del nuevo hospital para que la tengan los profesionales que te van a atender.

Si tienes alguna queja respecto al especialista del VIH o la unidad de VIH, deberías hablarlo directamente con ellos. Si no se soluciona, puedes utilizar los procedimientos establecidos por el hospital para poner una queja formal. También tienes derecho a cambiar de médico o de hospital si así lo ves conveniente.

Es mejor iniciar el tratamiento antirretroviral en cuanto te sientas preparado/a. Si hay algún aspecto del tratamiento con el que te cueste lidiar en algún momento, deberías disponer de apoyo por parte tanto de la unidad de VIH como de los recursos de ayuda a personas con el VIH en el entorno comunitario.

La unidad de VIH que te atiende debería contar con un protocolo que facilite la retención en cuidados y la reincorporación en caso de que te pierdas durante el seguimiento.

En caso de que necesites cambiar de hospital por cualquier motivo, el traslado de tu atención debería realizarse de forma fluida y segura.

Las recomendaciones españolas sobre el tratamiento del VIH indican que, por lo general, es preciso acudir a la unidad de VIH cada 6 meses tras el inicio del tratamiento antirretroviral, aunque, cuando se acaba de empezar, se requiere acudir con más frecuencia. Este tipo de atención especializada se denomina **atención ambulatoria** porque los pacientes acuden a la consulta y se van.

En las citas clínicas, el equipo médico comprobará que tu tratamiento antirretroviral funciona bien. También verificará si hay otros problemas que puedan verse afectados por el VIH o la terapia para tratarlo, como, por ejemplo, la función hepática o renal. Todos estos problemas se tratan en la misma unidad de VIH. Sólo en el caso de que surgiese algún problema grave serías atendido por otros especialistas.

Además del seguimiento del tratamiento antirretroviral, durante esta fase se te prescribirán todos los tratamientos necesarios para el manejo de otras enfermedades si las hubiese: infecciones oportunistas, coinfecciones (como la hepatitis B o C), otras enfermedades no transmisibles (comorbilidades) e infecciones transmisibles (infecciones de transmisión sexual). También se realizarán actividades de prevención, entre las que se incluyen evaluar el estado de tu calendario vacunal.

Adicionalmente, durante esta fase se te proporcionará información respecto a diversos temas como, por ejemplo, sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, o asesoramiento respecto a la prevención de no donar sangre, semen, ni órganos. Si eres mujer en edad fértil, se te proporcionará información sobre técnicas de reproducción (incluida la reproducción natural) en caso de querer ser madre o se te prescribirán tratamientos anticonceptivos en el caso de no querer serlo.

Además, recibirás información sobre el riesgo de transmisión vertical del VIH (de madre al bebé) y de cómo reducir este riesgo con el TAR. En general, el equipo médico te podrá informar sobre determinadas toxicidades asociadas al tratamiento antirretroviral y comorbilidades más frecuentes.

En esta fase también se educa sobre la necesidad de mantener un estilo de vida saludable, evitando el consumo excesivo de alcohol, tabaco, etc. Por último, aunque durante esta fase también se deberían incluir todas las actuaciones o tratamientos posibles para responder a las necesidades psicosociales de los pacientes, la realidad es que no siempre es así.

Las unidades de VIH de los hospitales son los principales responsables del cuidado de los pacientes en esta fase, especialmente en los aspectos relacionados con el tratamiento antirretroviral y determinadas toxicidades y comorbilidades.

Necesitarás tomar la medicación antirretroviral de por vida, por lo que la retención en cuidados es muy importante. Las clínicas del VIH se mantendrán en contacto contigo y te visitarán de forma regular. Para conseguir que tu tratamiento siga funcionando bien, por lo general, tendrás que acudir al hospital cada 6 meses.

La atención que recibes debería proporcionarse en un entorno seguro y acogedor donde se proteja tu privacidad y confidencialidad.

La atención que recibas tanto en la unidad de VIH como en la atención primaria o en cualquier otro dispositivo de salud de la red sanitaria pública no debería tener tintes moralistas o sentenciosos. **Deberías recibir un trato digno y respetuoso.** No deberías ser discriminado por ningún motivo en los servicios de salud. No deberías tener que preocuparte ni dejar de acudir a tus citas médicas anticipando que vas a recibir un trato injusto.

El personal sanitario tendría que apoyarte si te enfrentas a una situación de discriminación en el centro hospitalario donde te atienden. Dicho apoyo debe extenderse fuera de la unidad de VIH e incluir todos los aspectos de la atención sanitaria y social.

La unidad de VIH que te atiende debe proporcionar unos servicios justos y equitativos. Si tienes alguna queja sobre tu atención, deberías poder planteársela a los profesionales que te atienden, lo que no debería afectar a la atención que recibes.

Todo tu historial médico debe conservarse de manera segura y confidencial.

Deberías sentirte seguro, apoyado y tratado con dignidad y respeto. Si experimentas algún tipo de discriminación, te deberían apoyar para ponerle fin y que no se vuelva a repetir contigo o con cualquier otro paciente, sin que esto afecte a la calidad de tu atención.

El estigma relacionado con el VIH puede tener un gran impacto sobre la salud mental y el bienestar. El personal sanitario y de atención social debería recibir formación para poder identificar el estigma y la discriminación y tendrían que existir protocolos para abordarlos de forma rápida, justa y práctica.

Actualmente existe una amplia variedad de fármacos antirretrovirales. El tratamiento frente al VIH se basa en la combinación de, como mínimo, dos medicamentos antirretrovirales, a menudo disponibles en un solo comprimido. Estos antirretrovirales deben ser recetados por un especialista en el VIH, el cual te sugerirá el tratamiento que más se adapte a tu caso particular. Esta elección debería basarse en tus necesidades físicas, mentales y sociales y ajustarse a tus hábitos de vida.

Es necesario hacer un seguimiento de tu tratamiento antirretroviral para garantizar que sigue funcionando bien. En caso de que tu tratamiento no funcione bien (o si necesitas cambiarlo por otros motivos), se te ofrecerán otras opciones de tratamiento.

El término **adherencia al tratamiento** hace referencia a tomar la medicación antirretroviral tal como ha sido prescrita por el médico especialista en el VIH teniendo en cuenta cualquier restricción alimentaria, en caso de haberla, o cualquier otra consideración sobre su uso correcto.

Mantener una buena adherencia garantiza que todos los fármacos de tu régimen antirretroviral se encuentran en unos niveles suficientemente elevados como para controlar el VIH de forma continuada en tu cuerpo. Si estos niveles descienden de-

masiado por no mantener una buena adherencia, aumenta el riesgo de que el virus vuelva a replicarse y desarrolle mutaciones de resistencia.

En los últimos años, con la disponibilidad de fármacos antirretrovirales inyectables de acción prolongada, cuya administración se realiza en las unidades de VIH por parte del personal de enfermería, se utiliza el término **adherencia a las citas de dosificación** para referirse al hecho de acudir a la unidad de VIH, a las citas de enfermería, los días programados para la administración de los fármacos inyectables.

La adherencia puede constituir un reto para muchas personas y es posible que algunas de ellas necesiten ayuda para acostumbrarse a los cambios que el tratamiento antirretroviral puede suponer en sus vidas. El mantener una rutina o agenda diaria puede ser de gran ayuda. De entre todos los factores que tienen que ver con la respuesta al tratamiento, la adherencia es el único cuyo control depende exclusivamente de ti.

Deberías recibir **apoyo a la adherencia** en caso de que te cueste tomar el tratamiento de la forma correcta (por ejemplo, dificultades para tragar los comprimidos) o si no toleras los efectos secundarios. Si no puedes tomar la medicación como ha sido pautada (por ejemplo, acompañada de comida), te ofrecerán otras opciones de fármacos antirretrovirales más fáciles de tomar. Puedes hablar con el especialista sobre estos temas en tu cita, o antes, en caso necesario.

Como cualquier otra medicación, los fármacos antirretrovirales pueden interactuar con otros fármacos, lo que incluye cualquier tratamiento que te hayan recetado; pero también pueden interactuar con otros medicamentos de venta libre, hierbas medicinales, suplementos, vitaminas o drogas. Las **interacciones** pueden producirse con independencia de la forma en que se administra el producto farmacéutico: comprimido, cápsula, suspensión inyectable, supositorios, pomadas, cremas, aerosoles, lociones, geles, inhaladores, etc.

Una interacción puede significar que tus fármacos antirretrovirales y/o los otros medicamentos no funcionen tan bien como deberían. Por este motivo, es importante comprobar, antes de tomar tu TAR, las posibles interacciones entre tus antirretrovirales y cualquier otro medicamento que puedas necesitar para alguna otra enfermedad no relacionada con el VIH. El equipo médico del VIH que te atiende es muy consciente de ello, al igual que los profesionales de atención primaria y farmacia. Es necesario que estos profesionales sepan qué fármacos estás tomando para poder comprobar la existencia de posibles interacciones.

Por ello, deberías informarles de todos los medicamentos que tomas. Si existe una interacción con tu medicación antirretroviral, es posible que te ofrezcan la opción de adaptar tu otro tratamiento o cambiarlo por otro diferente. Sin embargo, en ocasiones, puede ser necesario revisar y cambiar tu tratamiento antirretroviral.

El tratamiento antirretroviral lo ha de prescribir un/a especialista en el VIH. Existe una amplia variedad de regímenes antirretrovirales, basados en la combinación de distintos fármacos. El especialista debería adaptar el tratamiento antirretroviral a tus necesidades sanitarias y a tu situación personal.

Si, por cualquier motivo, te recetan medicamentos para tratar otras enfermedades distintas al VIH, se debería comprobar que no existan interacciones conocidas con los medicamentos antirretrovirales. Si compras medicamentos sin receta, deberías preguntar al farmacéutico sobre las posibles interacciones.

Tu médico te podrá informar de las potenciales interacciones entre tu régimen antirretroviral y drogas, en el caso de que las consumas. Es importante que tu médico conozca esta información, no sólo porque puede comprometer el éxito del tratamiento, sino también porque puede afectar a tu seguridad.



SEGUIMIENTO CLÍNICO

El objetivo en esta cuarta fase del modelo de atención al VIH (véase Figura 3 'Modelos de cuidado del VIH en España') es controlar y monitorizar la evolución de la infección por VIH, así como del resto de comorbilidades o infecciones que puedan existir. Además, durante esta fase, es posible que se puedan dar circunstancias en las que sea necesaria una atención más compleja como consecuencia de la situación de complejidad de los pacientes.

Cuando la persona con el VIH tiene una carga viral indetectable, el objetivo principal es preservar la función inmunitaria y mantener la indetectabilidad viral para asegurar su estado de salud y evitar la transmisión de la infección. Por el contrario, si el paciente tiene una carga viral detectable, el objetivo será alcanzar la indetectabilidad viral realizando los cambios necesarios en los regímenes antirretrovirales.

La monitorización de la progresión de la infección, a través del recuento periódico de linfocitos T CD4 y la determinación de la carga viral, sirve para evaluar la respuesta del paciente a los tratamientos y realizar los cambios oportunos en los regímenes antirretrovirales. Asimismo, permite ajustar la frecuencia de las revisiones sucesivas en función de la progresión, que pueden extenderse hasta los 6-12 meses en los casos de pacientes con carga viral indetectable.

Adicionalmente, estas revisiones sirven para controlar y prevenir la aparición de efectos adversos a los fármacos o nuevas enfermedades, controlar posibles cambios en la historia clínica (cambios en el estado psicológico, apoyo familiar, etc.), así como investigar la presencia de prácticas de riesgo y continuar promocionando hábitos saludables y conductas sexuales más seguras.

El seguimiento de la respuesta del paciente a los tratamientos, ya sea el tratamiento antirretroviral o cualquier otro tratamiento, se realiza en las unidades/servicios de enfermedades infecciosas de los hospitales. Asimismo, durante esta fase también es posible que se requiera la participación de otros especialistas a los que accederás por medio de derivaciones, tanto de atención primaria como especializada.

La atención primaria también desempeña un papel importante en el seguimiento de la salud general de las personas con el VIH. En la consulta de primaria, tu médico o médica de cabecera evaluará si presentas problemas de salud como colesterol alto, hipertensión o diabetes. También se ocupará de otros aspectos de tu salud general y debería estar al corriente de todos los aspectos relacionados con tu atención y tratamiento del VIH.

Otros profesionales sanitarios y sociales podrán trabajar de forma conjunta cuando se detecten necesidades sanitarias complejas. La atención del VIH y la atención sanitaria y social en general deben estar bien coordinadas.

8.1. Cuidados del VIH en situación de complejidad

Durante el seguimiento clínico del VIH, es posible que se puedan dar circunstancias en las que sea necesaria una atención más compleja. La **atención compleja** es un tipo de atención médica y apoyo que se brinda a personas con enfermedades crónicas o de larga duración que necesitan ayuda adicional para controlar sus síntomas y tareas diarias. Las **necesidades complejas** se refieren a la variedad de desafíos a los que han de hacer frente tanto los profesionales sanitarios como las familias y cuidadores no formales, ya sean mentales, físicos o emocionales. En este subapartado se describen las tres principales áreas de necesidad de atención compleja. Sin embargo, dicho subapartado se centra en la salud física. Los aspectos relacionados con el bienestar emocional y la salud mental se tratan en la sección 10 (‘Cuidados de salud mental’).

Si tus necesidades de atención son complejas, deberías poder acceder a una amplia oferta de servicios de apoyo que necesites. Algunos de ellos pueden proporcionarse en la atención primaria y en los servicios sociales.

8.1.1. Atención hospitalaria

En la actualidad, el número de personas con el VIH que necesitan hospitalización como consecuencia de la infección es mucho menor que en el pasado.

El número de nuevos diagnósticos de VIH en España se ha reducido en los últimos años. Esto se debe a una combinación de factores. No obstante, a pesar de la disminución de dichas cifras, algunas personas siguen recibiendo un diagnóstico tardío. Se considera **diagnóstico tardío** la presencia de un recuento inferior a 350 células/mm³, y **enfermedad avanzada** presentar un recuento inferior a 200 células/mm³; en ambos casos en la primera determinación tras el diagnóstico. En pocas palabras, esto significa que, en general, han tenido el VIH durante mucho tiempo sin saberlo.

El diagnóstico tardío puede traducirse en un mayor riesgo de adquirir otras infecciones distintas al VIH o desarrollar otras complicaciones de salud. La causa de

esto radica en que el VIH sin tratar produce daños en el sistema inmunitario, y un sistema inmunitario débil puede aumentar el riesgo de que se den otras infecciones graves, como tuberculosis o neumonía. Si te han diagnosticado tarde la infección por el VIH, es posible que tengas que pasar un tiempo en el hospital para tratar alguna de esas patologías. La mayoría de las personas responden bien a este tipo de tratamientos y luego pasan a recibir atención ambulatoria para el VIH.

Tomar un tratamiento antirretroviral seguro y efectivo permite que muchas personas con el VIH puedan llegar a vivir hasta una edad avanzada. Esto significa que, como cualquier otra persona, cabe la posibilidad de que puedas necesitar una hospitalización por motivos no relacionados con el VIH.

Si, por el motivo que sea, tienes que ingresar en un hospital, te deberían proporcionar la mejor atención y tratamiento. Si el motivo del ingreso está relacionado con el VIH, normalmente será un especialista del VIH quien se responsabilice de tu atención y tratamiento mientras estés ingresado.

Como punto de partida, se aplicarán las recomendaciones de GeSIDA y la DCVIHT para el tratamiento del VIH, pero todos los cuidados se individualizarán en función de tus necesidades específicas.

Si el problema no está relacionado con el VIH y necesitas apoyo de otras especialidades clínicas, es posible que te atiendan profesionales sanitarios que tengan poca experiencia en la atención a personas con el VIH. Aun así, se te debe tratar con dignidad y respeto, independientemente de tu raza, sexo, sexualidad o cualquier otra consideración, y se deben respetar tus deseos de confidencialidad.

No todos los hospitales disponen de unidades de hospitalización especializadas en el VIH. Si ese es el caso de tu hospital, la unidad de VIH deberá estar en contacto con otro hospital que sí disponga de dichos recursos. En ocasiones, es posible que sea necesario derivarte a otro hospital.

Cuando te den el alta en el hospital, se te debería proporcionar un plan para garantizar que recibes todo el apoyo y cuidados que necesitas para lograr una buena recuperación.

Las personas con el VIH que requieren ser hospitalizadas como consecuencia de la infección, deberían recibir la mejor atención y tratamiento disponibles. Dicha atención puede estar dirigida por un especialista en el VIH, pero también pueden participar en ella otros profesionales médicos y de enfermería especializados.

Durante el ingreso, se debería garantizar a los pacientes intimidad, dignidad y respeto, independientemente de su raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra consideración. Se han de respetar las preferencias de los pacientes en relación con la confidencialidad.

Cuando abandones el hospital, deberás contar con el apoyo de un plan adecuado de rehabilitación o de alta, en caso necesario.

8.1.2. Comorbilidades, coinfecciones y cánceres

Se define comorbilidad como la coexistencia en un mismo paciente de dos o más enfermedades. Si las enfermedades que coexisten son infecciones, hablamos de **coinfección**.

En la actualidad, las personas diagnosticadas del VIH y que toman un tratamiento antirretroviral pueden esperar tener una esperanza de vida similar a la de una persona sin el VIH. Esto significa que, a lo largo de sus vidas, pueden desarrollar otras enfermedades comúnmente asociadas al envejecimiento, como las que afectan al corazón, los riñones o el hígado.

Por esta razón, durante el seguimiento clínico del VIH, se deberían realizar revisiones periódicas, adecuadas a la edad de la persona, para detectar la posible aparición de dichas comorbilidades. Algunas de estas revisiones se pueden llevar a cabo en la atención primaria.

Las personas con el VIH pueden ser más vulnerables frente a otras infecciones como la tuberculosis, la hepatitis B o la hepatitis C. Todas las personas diagnosticadas del VIH deberían ser evaluadas y recibir seguimiento para detectar posibles casos de dichas coinfecciones durante el seguimiento clínico del VIH.

Por otro lado, las personas con el VIH también pueden tener un riesgo ligeramente mayor de desarrollar determinados tipos de cáncer.

El manejo de cualquiera de estos problemas de salud lo debería realizar un equipo multidisciplinar de especialistas siguiendo un plan de atención integrada y coordinada. Dicho equipo debería incluir a tu especialista en el VIH, junto con profesionales sanitarios médicos y de enfermería de otras especialidades y, posiblemente, también podría incluir a personal de farmacia y a tu médico/a de cabecera.

Es necesario que exista una buena comunicación entre las distintas áreas de atención implicadas para garantizar que el paciente recibe el mejor cuidado. Se le debería ofrecer el mismo estándar de atención que a cualquier otra persona. Y, por supuesto, se tendría que garantizar que ninguna de las posibles medicaciones que recibas interactúen con el tratamiento antirretroviral.

Dado que algunas de las comorbilidades asociadas a la edad incluyen entre sus factores de riesgo los estilos de vida, resulta crucial la puesta en marcha de intervenciones de educación para el autocuidado dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de dichas enfermedades o de su progresión.

La derivación a recursos educativos de atención primaria o del entorno comunitario puede ampliar la oferta formativa dirigida a las personas con el VIH sobre el autocuidado de las comorbilidades.

Durante el seguimiento, se debería realizar un cribado de enfermedades asociadas al envejecimiento siguiendo las directrices nacionales, lo que incluiría cardiopatías, enfermedades hepáticas o renales o determinados tipos de cáncer. Por lo general, estas pruebas se realizan en la unidad de VIH, aunque el cribado de determinadas enfermedades también puede hacerse en la atención primaria.

Entre las exploraciones contempladas en la valoración inicial del paciente tras el diagnóstico, se deben incluir las pruebas de detección de la tuberculosis, la hepatitis B y la hepatitis C, entre otras.

En el tratamiento de las comorbilidades, las coinfecciones o el cáncer debe participar un equipo multidisciplinar que incluya un especialista en el VIH. Se debe asegurar que cualquier otro tratamiento administrado no interacciona con la terapia antirretroviral.

8.1.3. Cuidados de los pacientes con el VIH con una mayor vulnerabilidad social

Las personas con el VIH siguen enfrentándose a unos elevados niveles de estigmatización y discriminación y tienen más probabilidades de encontrarse en situaciones de desventaja social, como, por ejemplo, pobreza o falta de vivienda. Obviamente, esto puede afectar de forma grave a la calidad de vida de una persona.

Asimismo, las personas seropositivas tienen más probabilidades de padecer múltiples enfermedades crónicas, peor salud mental, peor salud sexual y mayor consumo de alcohol y otras sustancias. También son más propensas a sufrir dificultades económicas y violencia de pareja.

A las personas con el VIH que experimentan problemas como los mencionados, puede resultarles más difícil gestionar bien la atención sanitaria que reciben. Por ejemplo, es posible que les cueste acudir al hospital o que les resulte complicado tomar los antirretrovirales tal como han sido pautados. Esto puede traer consigo un empeoramiento de su salud.

Por este motivo, en la valoración inicial tras el diagnóstico del VIH, se debe incluir una evaluación completa de todas las necesidades sanitarias de los pacientes. También deberían tenerse en cuenta otras cuestiones más amplias de ámbito social, como la vivienda, la economía, el empleo o el apoyo social, ya que pueden repercutir en su salud. Las personas con el VIH deben sentirse seguras y capaces de abordar cualquiera de estos temas con el equipo sanitario que las atiende.

Si la persona con el VIH requiere más apoyo para hacer frente a estos problemas, se diseñará de manera colaborativa y consensuada entre el paciente y el equipo médico que lo atiende un **plan individualizado de atención y cuidados**. En él podrá participar también el médico/a de cabecera. Además, un miembro del equipo médico hospitalario –como, por ejemplo, una enfermera de práctica avanzada– será la coordinadora de la atención y los cuidados. El apoyo podría incluir servicios del VIH de la oferta comunitaria y el apoyo entre iguales individual y/o grupal. Es posible que se requiera derivar a otros servicios de apoyo, por ejemplo, los que proporcionan ayuda entre iguales en temas relacionados con la dependencia al alcohol o drogas o los que ofrecen apoyo entre iguales a personas con trastornos de salud mental. El apoyo entre iguales permite compartir las experiencias con otras personas con el VIH y puede ser de gran ayuda, tanto desde el punto de vista práctico como emocional.

Las necesidades pueden variar con el tiempo, por lo que el equipo médico del VIH que te atiende debería realizar todos los años una evaluación completa de las mismas.

La valoración inicial del paciente con el VIH tras el diagnóstico debe incluir una evaluación exhaustiva de todas sus necesidades físicas, mentales y sociales. Dicha evaluación debería repetirse cada año. Se tiene que informar al paciente dónde puede obtener el apoyo que necesita.

En el caso de que el nivel de necesidades sea mayor, se elaborará conjuntamente entre el paciente con el VIH y el equipo médico un plan individualizado de atención y cuidados.

En caso necesario, se podrá derivar al paciente a una amplia variedad de servicios de apoyo, incluido el apoyo entre iguales y otros servicios ofrecidos en el entorno comunitario.

Los servicios deben contar con sistemas de derivación seguros y confidenciales, especialmente para salvaguardar la privacidad y el anonimato de las personas que sufren violencia de pareja.

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y la salud reproductiva ocupan un lugar muy importante en la vida de las personas. Condicionan nuestra identidad, nuestro estado de salud y el grado de bienestar individual y social. Ambas son reconocidas como un derecho humano. Los avances que se han producido en el ámbito del VIH en las últimas décadas han permitido a las personas con el VIH tener un mayor control sobre su salud sexual y poder considerar la reproducción natural como una opción real y segura para tener hijos. Los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a las personas con el VIH deben incorporar estos avances para poder responder a las nuevas necesidades que demandan los pacientes.

9.1. Cuidados de salud sexual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual “como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”. Por lo tanto, tu unidad del VIH debería ofrecerte una atención a la salud sexual dirigida no sólo a identificar, diagnosticar y tratar los problemas sexuales, sino también a promover la salud sexual desde un enfoque positivo y saludable.

Las ITS afectan directamente a la salud sexual y reproductiva y pueden causar esterilidad, cáncer y complicaciones del embarazo, además de aumentar el riesgo de adquirir el VIH. Asimismo, la resistencia de las bacterias a los antibióticos constituye un obstáculo importante para reducir la carga de las ITS en el mundo y puede comprometer las opciones de tratamiento futuras de estas infecciones.

Es posible que en la unidad del VIH de tu hospital dispongan de un servicio de cribado de infecciones de transmisión sexual (ITS). Te deberían realizar una evaluación de la salud sexual al menos una vez al año o con una mayor frecuencia dependiendo de tu actividad sexual.

De no ser así, te deberían indicar dónde se puede acceder a estos servicios, como, por ejemplo, en un centro de salud, solicitándolo a tu médico de cabecera, en un centro de atención a las ITS, en el caso de que estén disponibles en tu región, o en las consultas de dermatología y ginecología.

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Desde hace ya unos años, se está registrando a nivel global un aumento en los casos de sífilis (causada por la bacteria *Treponema pallidum*), clamidiosis (causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*) y gonorrea (causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*). Este aumento en los nuevos diagnósticos de ITS indica una necesidad apremiante de mejorar la prevención, el acceso a las pruebas y los tratamientos eficaces para abordar este desafío de salud pública.

Si eres un hombre gay, bisexual o un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres (GBHSH), la recomendación de que se te realice el cribado rutinario de ITS es mucho más firme, ya que es el grupo de población que registra más casos de estas infecciones.

Por otro lado, a estas infecciones de transmisión sexual como problema de salud pública se suman los brotes emergentes de infecciones que, no siendo ITS, pueden adquirirse por contacto sexual, como *mpox* (anteriormente conocida como viruela símica) o las infecciones por *Shigella sonnei* (que causa una infección intestinal aguda, generalmente en el intestino grueso y que puede causar diarrea que, a menudo, es intensa y puede estar acompañada de sangre o moco) y *Neisseria meningitidis* (que puede causar meningitis bacteriana), entre otras.

Para dar respuesta a todos estos retos de salud pública, los servicios de salud deben promover la prevención –a través del uso de métodos barrera y de la vacunación frente a determinados patógenos sexualmente transmisibles–, las pruebas de detección, el tratamiento precoz y la educación para el autocuidado de la salud sexual. Estas intervenciones permiten abordar, desde un enfoque basado en la prevención combinada, este creciente aumento de las infecciones de transmisión sexual y los brotes de infecciones emergentes sexualmente transmisibles.

Las ITS, en la mayoría de los casos, cursan de manera asintomática. Eso significa que podrían permanecer sin detectar si no hay un alto índice de sospecha. Por lo tanto, intensificar las intervenciones de cribado y tratamiento precoz de las ITS asintomáticas en personas con el VIH permite cortar las cadenas de transmisión en una población con una prevalencia elevada de estas infecciones.

El cribado regular de las ITS en hombres GBHSH y mujeres trans con el VIH debe incluir la detección de sífilis, clamidia y gonorrea, de los virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB) y C (VHC) y del virus de papiloma humano (VPH), además, de las potenciales infecciones emergentes, como *mpox* y shigelosis.

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El cribado regular de las ITS en hombres y mujeres cis con el VIH debe incluir la detección de sífilis, clamidia y gonorrea y de los virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB) y C (VHC), del virus de papiloma humano (VPH) y de *Trichomonas vaginalis* solo en mujeres.

Además, para interrumpir la cadena de transmisión de las ITS y prevenir reinfecciones, si se te diagnostica una ITS, es muy probable que los profesionales que te atienden te soliciten que te pongas en contacto con las personas con las que hayas mantenido relaciones sexuales los días previos al diagnóstico y les expliques que sería muy recomendable que acudieran a un centro de salud para solicitar un cribado de ITS. En el caso de que no te veas capaz de hacerlo por ti mismo, te solicitarán tu consentimiento para que el equipo profesional que te atiende pueda comunicar a estas personas la conveniencia de realizarse un cribado por sospecha de ITS.

Se revisará el calendario vacunal de todas las personas con el VIH y a aquellas que no tengan inmunidad previa se las vacunará frente al virus de la hepatitis A (VHA) y el virus de la hepatitis B (VHB).

A los hombres GBHSH se les vacunará también frente a *mpox* y meningococo C. A todas las personas con el VIH hasta los 45 años se les recomendará la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH), dado que determinados tipos de este virus son la principal causa de cáncer de cérvix, vulva, vagina, pene, ano y orofaringe.

Dado que el VPH es el responsable del 90% de los casos de cáncer anal y que su incidencia va en aumento en hombres GBHSH con el VIH, se te invitará a formar parte de un programa de cribado de cáncer anal dirigido a la detección precoz de este carcinoma.

También se incluirá a las mujeres con el VIH que hayan tenido patología cervical previa en un programa de cribado de cáncer anal, ya que las mujeres con el VIH con displasia cervical tienen un mayor riesgo de cáncer anal.

El uso de drogas en contextos sexuales (*chemsex*) entre los hombres GBHSH se ha asociado con un aumento del riesgo de VIH y de otras ITS, así como de trastornos de la salud mental. Es muy probable que tu médico del VIH te pregunte por tu vida sexual, en general, y si practicas *chemsex*, en particular. También es importante que

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

hables abiertamente de estos temas con tu equipo médico, dado que la información que le proporciones ayudará a que puedas recibir una atención más adaptada a tus necesidades. Por lo tanto, la detección de estas prácticas debe de formar parte del seguimiento habitual de las personas con el VIH

9.2. Cuidados de salud reproductiva

La posibilidad de decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre ellos, cuándo tenerlos y tener los medios para hacerlo, es un aspecto fundamental de la salud y los derechos reproductivos de todas las personas y en especial de las mujeres. La disponibilidad y accesibilidad de la anticoncepción minimiza el riesgo de embarazo no planificado. Asimismo, el control y seguimiento de la mujer con el VIH durante el embarazo favorece la disminución de resultados adversos asociados a la gestación, como la prematuridad, el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil o maternal.

Las **unidades del VIH** ofrecen consejo sobre reproducción a las personas con el VIH o parejas serodiscordantes que desean tener hijos. Como no todas las circunstancias son las mismas, tu médico y/o enfermera podrán asesorarte sobre las diferentes opciones de reproducción y cuáles son las más indicadas en tu caso particular.

En la actualidad, gracias a la gran evidencia científica que se ha generado en los últimos años, muchas parejas serodiscordantes deciden tener hijos a través de la concepción natural. Cuando el miembro de la pareja con el VIH tiene la carga viral indetectable de forma sostenida, gracias al uso del tratamiento antirretroviral, el riesgo de transmisión del VIH es nulo. Por ello, muchas parejas contemplan el embarazo natural como una opción viable.

El uso del tratamiento antirretroviral en mujeres con el VIH embarazadas ha reducido el riesgo de transmisión de este virus a los bebés recién nacidos a casi a cero. Lo más importante que debes tener en cuenta para que tu bebé esté sano es tu propia salud y tu propio tratamiento frente al VIH. Deberías tener acceso completo a todos los servicios y apoyo que necesites durante el embarazo, el parto y después de que nazca tu bebé, incluyendo los servicios de apoyo entre iguales. Hablar con otras mujeres con el VIH y que también tienen hijos puede resultar muy útil.

La recomendación de evitar la lactancia materna también ha contribuido a reducir el riesgo de transmisión. Se han registrado casos en los que puede existir carga viral indetectable en sangre y detectable en leche materna. Por ello, aunque tener una carga viral indetectable con el tratamiento antirretroviral también reduce el riesgo de transmisión durante la lactancia, ese riesgo no es cero. Te deberían proporcionar información y apoyo sobre las opciones de alimentación de tu bebé.

CUIDADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El uso de leche maternizada no tiene ningún riesgo de transmitir el VIH al bebé. Si quieres utilizar leche maternizada, pero no puedes permitirte, habla con el equipo médico del VIH que te atiende sobre las dificultades económicas que puedas tener. Te deberían proporcionar información sobre cómo acceder de manera gratuita a leche de fórmula adaptada para lactantes expuestos al VIH.

En caso de que desees evitar el embarazo, te tendrían que proporcionar asesoramiento sobre toda la variedad de métodos anticonceptivos, así como acceso a los mismos. Algunos tipos de píldora anticonceptiva pueden provocar interacciones con determinados fármacos antirretrovirales. Hoy en día, existen muchas opciones de tratamiento para el VIH, por lo que, en general, será posible encontrar una que funcione bien con tu método anticonceptivo preferido.

Existen datos que demuestran que las mujeres con el VIH pueden experimentar la menopausia antes con mayor gravedad que las mujeres seronegativas. Deberías tener acceso a servicios de apoyo y tratamiento para la menopausia, con independencia de la edad a la que se produzca. Esto puede incluir el uso de terapia hormonal para la menopausia –se ha demostrado que esta ayuda a reducir los síntomas–. Las mujeres con el VIH deberían tener acceso a dicha terapia del mismo modo que cualquier otra mujer. Por lo general, se suministra a través de la atención primaria, pero es necesario contar con el asesoramiento experto del equipo de atención del VIH para evitar cualquier posible interacción con el tratamiento antirretroviral que tome la mujer.

Deberías tener acceso a asesoramiento y servicios especializados en todos los aspectos de la salud reproductiva, lo que incluye la anticoncepción y la planificación del embarazo. También se debería incluir información sobre la lactancia.

Actualmente, es posible concebir de forma natural sin riesgo para tu pareja. Las parejas sin el VIH tienen un riesgo cero de infección porque “I=I” (Indetectable = Intransmisible). Si la persona con el VIH no está indetectable, la pareja seronegativa podría optar por la PrEP.

Te deberían proporcionar información y apoyo durante la menopausia. Esto podría incluir el acceso a la terapia hormonal en los casos que sea procedente.

10

CUIDADOS DE SALUD MENTAL



CUIDADOS DE SALUD MENTAL

Se define trastorno de la salud mental como una alteración sostenida de tipo emocional, cognitiva y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Estos síntomas dificultan que la persona se adapte al entorno cultural y social en el que vive, lo que puede provocar alguna forma de malestar subjetivo.

Las personas con el VIH no viven ajenas a los trastornos de la salud mental. Al contrario: el envejecimiento progresivo de las personas con el VIH en España ha favorecido el aumento de las comorbilidades neuropsiquiátricas secundarias al neuroenvejecimiento. Las **comorbilidades neuropsiquiátricas asociadas al VIH**, término que incluye los trastornos neuropsiquiátricos y el deterioro cognitivo, son una fuente importante de preocupación en el cuidado de las personas con el VIH por su elevado impacto en el bienestar y la calidad de vida.

La elevada prevalencia de comorbilidades neuropsiquiátricas en personas con el VIH está relacionada con una amplia variedad de factores que incluyen: efectos directos del virus, condiciones psiquiátricas preexistentes, vulnerabilidades de la personalidad, trastornos afectivos, adicciones y respuestas personales al aislamiento social y la privación de derechos tras el diagnóstico del VIH. Así, las cifras muestran que las personas con el VIH tienen el doble de probabilidades de padecer depresión o ansiedad; que más de la mitad de los jóvenes con el VIH sufre algún problema de salud mental; o que el riesgo de padecer una enfermedad mental grave puede llegar a multiplicarse por 10.

La atención estándar de la salud mental de las personas con el VIH distingue tres ámbitos diferentes:

- **Bienestar emocional:** Se refiere a cómo nos sentimos y afrontamos los altibajos de la vida diaria. También hace referencia a cómo nos sentimos respecto a vivir con el VIH. Puede incluir sentimientos sobre el estigma que rodea a esta infección o el contárselo a otras personas. También tiene que ver con otros aspectos sobre los que el VIH puede tener o no influencia. Por ejemplo, cuestiones como la familia y las amistades, las relaciones y el sexo, el empleo y la sociedad. De hecho, se refiere a cualquier cosa que sea importante para nuestra confianza y autoestima.
- **Salud mental:** Aunque todas las personas tenemos días buenos y malos, en ocasiones, la forma en que sentimos, pensamos y nos comportamos puede suponer un serio obstáculo para poder disfrutar de la vida. Una mala salud mental puede incluir ansiedad o depresión. También puede incluir

el trastorno de estrés postraumático o problemas de sueño. Algunas personas con problemas de salud mental pueden experimentar pensamientos suicidas. Además, es posible que se autolesionen o consuman alcohol o drogas para lidiar con el estrés.

- **Función cognitiva:** Se refiere a la salud del cerebro. Incluye aspectos como la memoria, la concentración, el uso de las palabras o la resolución de problemas. Cuando experimentamos dificultades cognitivas, es posible que padezcamos olvidos, que seamos más lentos o nos confundamos con facilidad. Es probable que nos cueste realizar tareas que antes podíamos llevar a cabo con facilidad, como tomar la medicación o acudir a las citas.

La OMS y ONUSIDA destacan la importancia de integrar los servicios dirigidos a las personas con el VIH y salud mental como medida para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de las personas con el VIH, junto con la integración de los servicios de protección social. Además, el enfoque de atención integrada debe ir acompañado de un enfoque centrado en la persona para garantizar que se abordan las necesidades de las personas que presentan problemas mentales, neurológicos o de consumo de sustancias dentro de los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH.

10.1. Bienestar emocional

En ocasiones, las personas con el VIH pueden sentir el estigma procedente de la sociedad, en general, pero incluso también por parte de algunas personas del personal sanitario y de apoyo. A veces, estas experiencias pueden hacer que las personas se sientan avergonzadas, culpables o mal con ellas mismas. Si esto te sucede a tí, coméntalo con el equipo sanitario que te atiende para que puedan ayudarte a encontrar el apoyo profesional y/o comunitario apropiado para tu caso.

Para las personas con el VIH, tener esta infección implica que deben gestionar una enfermedad crónica a largo plazo. Ocasionalmente, esto puede afectar a la infección por el VIH, por ejemplo, al no acudir a las citas médicas o no tomar el tratamiento antirretroviral de forma adecuada. También puede tener un impacto más general sobre sus vidas, afectando a las relaciones con familiares y amistades. En caso necesario, puedes pedir consejo y apoyo a tu equipo sanitario para que te ayuden a lidiar con estos problemas.

El tratamiento antirretroviral actual resulta mucho más fácil de tomar y presenta menos efectos secundarios que las terapias frente al VIH del pasado. Algunas personas están contentas y son capaces de tener más control sobre su propio cuidado del VIH. Si no es tu caso y esto te causa más estrés, deberías avisar al equipo sanitario que te atiende. También puedes pedir ayuda a tu pareja, amistades, familiares u otras personas de tu comunidad.

El apoyo entre iguales -personas que también tienen el VIH con amplio conocimiento en aspectos importantes relacionados con infección por el VIH y otras ITS, su prevención y las experiencias claves que las acompañan- te ofrece la oportunidad de compartir experiencias con otras personas seropositivas, lo que también puede ayudarte a manejar mejor tu salud.

Conseguir el apoyo adecuado es importante para todas las personas con el VIH. Gracias a él, muchas personas seropositivas pueden manejar de forma eficaz su bienestar físico, mental y emocional, mostrando fortaleza, crecimiento y resiliencia. No obstante, si tienes dificultades, no te olvides de que siempre puedes pedir ayuda y apoyo al equipo médico que te atiende.

Sería recomendable realizar una valoración de la salud emocional de las personas con el VIH, especialmente tras el diagnóstico, prestando especial atención a las estrategias de afrontamiento y al estigma.

En personas con problemas de adherencia a la consulta y al tratamiento se deberían realizar las valoraciones psicológicas necesarias para identificar e intervenir sobre las variables emocionales asociadas a dichos problemas.

10.2. Salud mental

Existen numerosos motivos por los que las personas con el VIH se ven más afectadas por los problemas de salud mental que las seronegativas. Entre dichas razones se encuentran la dependencia al alcohol u otras sustancias, el estigma, las enfermedades crónicas y los efectos secundarios del tratamiento.

Algunos grupos de población pueden verse más afectados que otros, quizá debido a la existencia de otras experiencias más amplias de estigma y discriminación. Entre dichos grupos estarían los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), las personas migrantes, las personas trans, las personas privadas de libertad, las personas usuarias de drogas inyectables, las personas trabajadoras del sexo y las personas con discapacidad.

Tener una mala salud mental podría afectar a tu capacidad para tomar el tratamiento antirretroviral de forma regular y al seguimiento en la unidad de VIH de tu centro sanitario. Si esto te sucede, puede dar lugar a que tu carga viral vuelva a estar detectable y pierdas el control del VIH, lo que puede afectar a tu propia salud y hacer que aumente el riesgo de transmisión del VIH a tu pareja o parejas. Todas las personas deberían hacerse revisiones periódicas de salud mental. El equipo sanitario que te atiende para el VIH debería preguntarte sobre cualquier cambio que pueda afectar a tu salud mental. Puede tratarse de cambios en el tratamiento antirretroviral, dificultades en las relaciones, pérdida de apoyo o prestaciones sociales, o duelo. No obstante, también deberías sentirte capaz de plantear cualquiera de estas cuestiones por ti mismo, en cualquier momento, y pedir ayuda y apoyo en caso necesario.

El equipo médico que te atiende debería remitirte a los profesionales más adecuados para tus necesidades. Los problemas de salud mental deberían abordarse con rapidez y profesionalidad. Puedes hablar con el personal médico y de enfermería si te preocupa tu salud mental. Te deberían derivar a los servicios de ayuda profesional adecuados en el momento oportuno.

Deberías poder acceder a una atención sanitaria de calidad que muestre sensibilidad y respeto hacia las distintas culturas. También te deberían derivar a otros servicios en caso de que no estén disponibles en tu centro hospitalario.

Debería realizarse una evaluación anual de tu salud mental en la que, además, se revisasen los posibles cambios que se produzcan en tu vida. Si la atención a la salud mental no está integrada en tu unidad de VIH, se debería derivar a los pacientes con rapidez a otros servicios en caso de que presenten síntomas de depresión, ansie-

dad, estrés postraumático, problemas de sueño, adicciones o pensamientos sobre autolesiones o suicidio.

En caso necesario, se te debería ayudar a acceder a los servicios de salud mental (incluyendo los servicios sobre adicciones).

Todos los profesionales sanitarios de atención mental que te atienden deberían tener un conocimiento actualizado sobre la infección por el VIH. Además, deberían tener en cuenta las diferencias culturales. También tendrían que considerar aquellos acontecimientos que se hayan producido en tu vida, tus características demográficas, y los efectos secundarios e interacciones farmacológicas. En caso necesario, se les debería proporcionar la formación adecuada.

10.3. Función cognitiva

Una mala función cognitiva por lo general implica tener dificultades para recordar cosas, problemas para concentrarse o tener sensación de confusión por algo. Es posible que sientas que las tareas domésticas o de manejo de tu salud son algo más difíciles que antes. Esto le suele pasar a todo el mundo a medida que se hace mayor. En ocasiones, algún problema de salud (como un ictus, demencia o, a veces, el propio VIH), puede provocar grandes cambios que suponen que tengas que buscar ayuda para poder autocuidarte.

El profesional médico que te atiende debería valorar la aparición de cualquier reducción de la función cognitiva y hacer las pruebas adecuadas para realizar el diagnóstico correcto. Por este motivo, es necesario efectuar chequeos regulares de salud mental. También se debe identificar y manejar cualquier otro factor de riesgo asociado, como la dependencia del alcohol u otras sustancias, o la depresión.

Te deberían preguntar de forma regular sobre tu función cognitiva. En ocasiones, esto puede implicar realizar rompecabezas, pruebas de memoria y enfoque y/o evaluar la habilidad para resolver problemas (lo que se denomina 'valoración neuropsicológica') para ver con qué rapidez y lo bien que puedes hacer determinadas tareas. Si experimentas problemas cognitivos, se te puede proporcionar ayuda para que los puedas afrontar. Es posible que sea necesario revisar (o incluso cambiar) tu tratamiento antirretroviral en caso de que se sospeche que el propio VIH o alguno de los medicamentos para tratarlo puedan afectar a la función cognitiva.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA



ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

En el abordaje de los problemas de salud crónicos, es importante considerar la perspectiva del ciclo de vida para reconocer los determinantes sociales de la salud que actúan a lo largo de todas las etapas del desarrollo (etapa prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y ancianidad) y para potenciar en cada una de ellas la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad o enfermedades y un acceso adecuado a los servicios sanitarios y sociales, priorizando a los grupos más vulnerables y desfavorecidos con el fin de lograr resultados favorables en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. En esta sección se aborda la atención del VIH desde la adolescencia a la ancianidad.

11.1. Adolescentes y adultos jóvenes con el VIH

La población adolescente tiene edades comprendidas entre 10 y 19 años y la población adulta joven, entre 20 y 24 años.

La transición de la atención al VIH pediátrico a la atención del VIH en población adulta se produce al mismo tiempo que el enorme cambio que supone pasar de la infancia y la adolescencia a la edad adulta. Los servicios asistenciales deben tener en cuenta todos los factores que pueden repercutir en la sensación de bienestar de la persona joven.

La transición de los servicios para población infantil a los servicios para personas adultas debe ser fácil. Es lo que se llama «transición asistencial» y debe planificarse y centrarse en las necesidades individuales. Una transición lenta puede ayudar a los pacientes a conocer a sus nuevos médicos y el personal de enfermería antes de que se hagan cargo de la atención del VIH.

Tener el VIH puede suponer retos adicionales para cualquier adolescente que inicia su vida sexual. Se les debe proporcionar apoyo cuando quieran contar a sus nuevas parejas que tienen el VIH. Los médicos, el personal sanitario y las enfermeras de práctica avanzada deben ofrecerles información y apoyo cuando empiecen a pensar en tener relaciones sexuales. También el apoyo entre iguales jóvenes es un recurso efectivo en esta población. Muchas personas jóvenes encuentran más fácil el apoyo entre iguales en cuestiones sexuales que hablar directamente con profesionales adultos.

Los médicos deberán hablar con sus pacientes jóvenes y asesorarles sobre salud sexual, incluyendo información sobre anticoncepción y prevención de infecciones

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

de transmisión sexual (ITS). Les informarán sobre el uso del preservativo y otros métodos barrera en la prevención de las ITS. Algunos tratamientos antirretrovirales pueden interactuar con determinados tipos de anticonceptivos. Las pacientes jóvenes han de sentirse seguras y capaces de hablar con total libertad de sus preferencias en relación con los métodos anticonceptivos con su médico/a especialista en el VIH para asegurar que la opción elegida es efectiva y no interacciona con el tratamiento antirretroviral.

A los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos se les ofrecerá revisiones periódicas de salud sexual. Estos controles pueden realizarse en la unidad de VIH o en tu centro de atención primaria o en otros recursos como los centros de atención a la salud sexual y reproductiva. Además, el equipo médico debe facilitar toda la información sobre otras formas de prevención de la transmisión del VIH, como el **tratamiento como prevención** (TasP, por sus siglas en inglés), la **profilaxis preexposición** (PrEP, por sus siglas en inglés) y la **profilaxis postexposición** (PEP, por sus siglas en inglés) frente al VIH. Sin embargo, ni el TaSP ni la PrEP ni la PEP protegen frente a otras ITS. El uso del preservativo sigue siendo importante para protegerse tanto de otras ITS como para prevenir embarazos no planificados.

Durante la adolescencia, muchas personas sienten ansiedad o confusión, sensaciones habituales en este periodo vital. En esta etapa, es importante que los pacientes adolescentes y adultos jóvenes sigan tomando el tratamiento antirretroviral. No sólo es lo mejor para su salud, sino también para la de sus parejas sexuales. Para aquellos adolescentes y adultos jóvenes que tengan dificultades para seguir el tratamiento antirretroviral, resulta importante que sepan en todo momento que el equipo profesional que los atiende está listo para ayudarlos ante cualquier dificultad y que les proporcionarán asesoramiento y apoyo para mejorar su adherencia al tratamiento.

La transición de los servicios de pediatría a los de personas adultas debería realizarse de forma gradual y planificada. Debes recibir apoyo de ambos centros de salud y conocer a tus médicos en la unidad clínica de adultos antes del traslado. Como parte de la transición, se tiene que incluir un resumen de tus necesidades médicas y sociosanitarias individuales.

La unidad de VIH debe ser amable y servicial. Los horarios de las citas deben ajustarse a tu horario de estudios o de trabajo. Debes sentirte capaz de dar tu opinión a la unidad de VIH sobre la atención que recibes. Deberías tener acceso a apoyo en salud mental y apoyo de pares.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

Tienes derecho a una vida sexual plena, placentera y saludable. Se te debe facilitar información y asesoramiento sobre anticoncepción. Las revisiones periódicas de salud sexual deben incluir asesoramiento sobre el embarazo y las ITS. Además, se tiene que ofrecer información sobre I=I, TasP, PrEP y PEP.

Si te resulta difícil tomar la medicación frente al VIH, díselo a tu equipo de profesionales de la salud para que puedan asesorarte y apoyarte. Esto puede incluir el apoyo entre iguales, y se te debe indicar cómo acceder a él si lo deseas. También puedes preguntar si hay otros tipos de antirretrovirales que te resulten más fáciles de tomar para mejorar tu adherencia.

11.2. Edad adulta, de temprana a media

Las personas con el VIH de edad adulta de temprana a media tienen edades comprendidas entre 25 y 65 años e incluyen a aquellas que fueron diagnosticadas en la infancia, la adolescencia o la vida adulta temprana, y que han adquirido el VIH tanto por vía perinatal como conductual.

Las personas que recibieron atención en los servicios pediátricos y de la adolescencia pueden tener que superar una segunda transición de la atención de los servicios especializados para jóvenes a los servicios generales de VIH para adultos. La transferencia de la atención se asocia con un mayor riesgo de pérdida de seguimiento. Los adultos jóvenes tienen peores resultados en todas las etapas de la cascada de atención del VIH en comparación con los adultos mayores.

La mayoría de las personas entre los 25 y los 65 años son diagnosticadas en la edad adulta. Debido a la tendencia a un diagnóstico más precoz y a un inicio más temprano de la terapia antirretroviral, está aumentando la proporción de personas con el VIH que no han experimentado problemas de salud relacionados con el virus, o que los que han experimentado han sido mínimos. La mayor parte de estas personas estarán estudiando, formándose o trabajando, y a menudo necesitarán servicios que sean ágiles y perturben lo menos posible sus vidas. Sin embargo, un número significativo de personas se encontrará en una situación de mayor vulnerabilidad debido a uno (o más) de una serie de diferentes factores, que incluyen: el diagnóstico tardío, la larga duración de la infección por el VIH, la toxicidad de las antiguas terapias antirretrovirales, la ansiedad y la depresión, la dependencia de las drogas y el alcohol, la precariedad de la vivienda, el estigma, la pobreza o ser una persona migrante.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

Es importante que los servicios estén configurados para satisfacer las necesidades de las personas en estos perfiles tan dispares y que sean sensibles al hecho de que las personas se mueven entre perfiles de diferente complejidad. En estos casos de mayor vulnerabilidad, tendrán necesidades de atención más complejas.

Los datos disponibles sugieren que las personas con el VIH experimentan mayores niveles de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental, por lo que es importante que la salud mental se evalúe de forma rutinaria y que existan servicios de apoyo emocional a todas las personas seropositivas.

La mayor parte de las personas en estas franjas de edad son sexualmente activas y el apoyo para que tengan una vida sexual sana, satisfactoria y placentera es una parte importante de la prestación de servicios. Es fundamental destacar y reforzar el papel del tratamiento como prevención (TasP, por sus siglas en inglés) para anular el riesgo de transmisión. Además, resulta primordial apoyar a las personas para que planifiquen y cumplan sus deseos reproductivos. Los elementos clave de los servicios de salud sexual y reproductiva que deben prestarse, o a los que debe facilitarse el acceso, incluyen información, gestión de la pareja (incluidas pruebas, PrEP y PEP), anticoncepción, detección y tratamiento de ITS, planificación previa a la concepción, concepción asistida, servicios prenatales y servicios psicosexuales.

El empleo y la vivienda son factores fundamentales que tienen un gran impacto sobre distintos aspectos de la salud, incluido el VIH. Apoyar su consecución y mantenimiento es una función importante de los servicios de VIH, que pueden cumplir gracias a la vinculación con sólidos servicios de apoyo comunitario.

El contacto regular con los servicios de salud, que constituye la base del seguimiento rutinario del VIH, ofrece oportunidades para influir positivamente en la salud a largo plazo. Las intervenciones van desde el apoyo a estilos de vida saludables hasta la vacunación y la evaluación y gestión periódica de los factores de riesgo. Se deben realizar pruebas de detección de posible abuso de alcohol y sustancias al menos una vez al año y se deben iniciar las intervenciones adecuadas.

Las personas adultas con el VIH adquirido por vía perinatal corren el riesgo de experimentar problemas de salud distintos de las que se infectaron en la edad adulta. Los servicios deben ser capaces de evaluar y tratar toda la variedad de afecciones que pueden presentarse.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

Para las personas de entre 25 y 65 años, la educación, la formación y el empleo son elementos fundamentales de su salud y bienestar. Es importante que se evalúe el impacto del VIH sobre estos aspectos, especialmente en momentos críticos como el diagnóstico del VIH, el inicio de la terapia antirretroviral, la atención hospitalaria, el diagnóstico de una coinfección o su tratamiento.

La mayoría de las personas con el VIH de estos grupos de edad trabajan y gozan de buena salud. Los servicios deben estructurarse de tal manera que se reduzca al mínimo el tiempo que las personas deben ausentarse del trabajo para llevar a cabo su atención rutinaria. Entre las características importantes de este tipo de atención para los pacientes estables figuran las visitas semestrales (incluidas las prescripciones semestrales de tratamiento antirretroviral) y, cuando sea posible, el acceso a distancia (por ejemplo, a través de internet o por teléfono) para las reservas, la gestión de los resultados y las solicitudes de prescripciones urgentes de medicación.

El apoyo a los hábitos de vida saludables durante la juventud y la edad adulta media es especialmente importante y puede tener un impacto significativo en la salud en años posteriores. Entre los aspectos clave a tener en cuenta estarían: tabaquismo, uso de drogas y alcohol, relaciones sexuales, dieta y ejercicio. Estos parámetros deben evaluarse de forma periódica, y las personas deben recibir apoyo para modificar conductas que mejoren su salud. El apoyo abarcará desde facilitar información hasta la realización de intervenciones breves (por ejemplo, entrevistas motivacionales) o la derivación a servicios especializados (por ejemplo, para dejar de fumar, servicios de drogodependencia y alcoholismo y dietética).

11.3. Edad avanzada

La edad avanzada (más de 65 años) supone un aspecto importante a la hora de ofrecer atención al VIH por dos motivos distintos. En primer lugar, porque cada vez hay más personas seropositivas que se hacen mayores, gracias a la eficacia del tratamiento antirretroviral. Y, en segundo lugar, porque existe un número creciente de personas a las que se diagnostica el VIH a una edad avanzada, en parte como resultado de los cambios en la epidemiología del VIH. Las cuestiones de salud y bienestar relacionadas con el envejecimiento se entrecruzan con las del VIH y pueden dar lugar a una mayor complejidad en la prestación clínica y de servicios. A continuación, se subrayan las cuestiones que son específicamente relevantes para la edad avanzada y los determinantes de calidad asistencial asociados.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

Nuestros conocimientos sobre la relación entre el envejecimiento y el VIH a largo plazo aún son escasos y es probable que cambien de forma considerable durante los próximos años.

11.3.1. Pruebas, diagnóstico y prevención

Ha aumentado el número de personas mayores de 50 años a las que se diagnostica el VIH, y es muy probable que se trate de diagnósticos tardíos. El perfil de exposición de las personas mayores a las que se diagnostica el VIH también difiere del de las poblaciones más jóvenes, incluyendo, por ejemplo, una mayor proporción de personas identificadas como heterosexuales. La promoción de la realización de las pruebas del VIH debería incluir el reconocimiento de estos aspectos de la epidemiología de la infección.

Los programas de prevención suelen estar dirigidos a poblaciones más jóvenes, por lo que es necesario prestar atención a las oportunidades de incluir a franjas de mayor edad en las campañas de prevención, así como a los enfoques óptimos para garantizar que las personas mayores tengan un acceso equitativo a las tecnologías de prevención.

11.3.2. Atención centrada en la persona

Es importante reconocer las diferencias tanto en los requisitos como en el acceso a los recursos necesarios para que las personas mayores puedan realizar una autogestión óptima. La intersección entre las cuestiones del VIH y el envejecimiento puede ser decisiva para comprender los obstáculos y factores que facilitan el acceso a una atención sanitaria y social de calidad, por ejemplo, el acceso a la atención residencial, a los servicios de apoyo a la menopausia, o la prestación por ámbito geográfico de servicios específicos para el VIH.

El apoyo entre iguales puede ser especialmente importante para las personas diagnosticadas a una edad avanzada, ya que muchas no habrán tenido contacto previo con otras personas con el VIH o con cuestiones relacionadas con este virus. Esto puede ser crucial para el compromiso y la retención en la atención. Las necesidades de apoyo entre iguales para las personas que llevan con el VIH desde hace mucho tiempo y se hacen mayores serán diferentes de las de otros grupos, ya que cuestiones como el estigma y la discriminación históricas, la pérdida a nivel comunitario y la culpa del superviviente pueden tener un papel muy distinto.

Es importante garantizar que la oferta de recursos de apoyo e información sea pertinente y aceptable: no todas las personas adultas mayores estarán tan familiarizadas con los recursos *online* como las jóvenes.

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

11.3.3. Atención ambulatoria y tratamiento del VIH

La atención ambulatoria tiene que incorporar e integrar la mejor calidad de atención del VIH y un cribado y tratamiento óptimos relacionados con la edad, de forma que no abrume ni a los pacientes ni a los profesionales de salud. El cribado proactivo y la identificación de posibles comorbilidades de acuerdo con las directrices nacionales (por ejemplo, riesgo cardiovascular, osteoporosis, diabetes, cáncer de mama y de próstata), la promoción de la deshabituación tabáquica y la facilitación del acceso a estilos de vida activos serán importantes para las personas que envejecen con el VIH, pero es esencial que esto no conduzca a una hipermedicalización de las personas con el VIH.

11.3.4. Cuidados del VIH en situación de complejidad

La comorbilidad y su relación con el envejecimiento presentan una complejidad considerable, sobre todo en lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la menopausia y la demencia. Se trata de un área en la que están surgiendo nuevos conocimientos.

Siempre que sea posible, la participación de un especialista en geriatría con conocimientos sobre el VIH contribuirá a reforzar la prestación de servicios a esta población. Esto puede lograrse a través de unidades especializadas multidisciplinarias, programas de asesoramiento o expertos identificados para la prestación de asesoramiento y orientación.

Para reducir el número de visitas clínicas y disminuir el potencial de daño, es posible que exista una mayor necesidad de contar con servicios multidisciplinarios en los que participen otras especialidades y también la atención primaria, como personal de farmacia especializado en el VIH, personal de farmacia especializado en la tercera edad, fisioterapia y terapia ocupacional. Los programas complementarios de salud adaptados, por ejemplo, en torno al ejercicio, pueden ser de mayor importancia para esta población.

Desde el punto de vista clínico inmediato, es necesario prestar atención a las interacciones entre medicamentos a medida que se conocen mejor los posibles efectos secundarios de la medicación antirretroviral y los utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el envejecimiento. Puede ser importante adaptar el tratamiento frente al VIH a los medicamentos que se toman conjuntamente, incluida la terapia hormonal para la menopausia, siempre que sea posible. Es posible que sea necesario fomentar de forma activa el uso temprano de la terapia antirretroviral entre las personas diagnosticadas de VIH en la tercera edad, ya que esto puede ser crucial para reducir la morbimortalidad.

11

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

Entre las personas que se hacen mayores y han vivido mucho tiempo con la infección, es necesario reconocer que un historial de tratamiento largo y complejo puede tener consecuencias importantes tanto para la salud como para el bienestar. En particular, la experiencia de un tratamiento subóptimo puede tener implicaciones tanto en unos niveles más altos de optimismo como de escepticismo respecto a la terapia antirretroviral. La preocupación por las opciones terapéuticas restantes puede repercutir en el cambio de tratamiento.

Además, debe considerarse la posibilidad de designar coordinadores de la atención, siempre que sea posible, para las personas con problemas de atención complejos, en particular cuando la atención se presta a través de múltiples servicios sanitarios y sociales.

11.3.5. Atención a la salud sexual y reproductiva

Es importante aprovechar las oportunidades para hablar de la actividad y la salud sexuales en las personas mayores, especialmente en atención primaria, ya que los adultos mayores pueden estar menos dispuestos a acceder a los servicios de salud sexual. Las personas adultas mayores son menos propensas a utilizar preservativos cuando no existe preocupación por el embarazo y pueden haber salido de una relación duradera en la que no se emplearon. Sin embargo, las mujeres perimenopáusicas pueden seguir corriendo el riesgo de quedarse embarazadas, por lo que es importante para este grupo disponer de una opción anticonceptiva adecuada.

Al igual que otros grupos de población, todas las personas mayores sexualmente activas deberían conocer y tener acceso a un paquete adaptado y completo de opciones de prevención del VIH.

11.3.6. Atención psicológica

Existen particularidades para los dos grandes grupos identificados –las personas que se hacen mayores con el VIH y las diagnosticadas en la tercera edad– que deben tenerse en cuenta a la hora de identificar las mejores prácticas en la prestación de atención psicológica. Entre las consideraciones para las personas con el VIH desde hace mucho tiempo pueden incluirse la experiencia de múltiples pérdidas a lo largo de muchos años, los efectos acumulativos del estigma y la discriminación a nivel comunitario y un historial de compromiso activista con el VIH. En el caso de las personas diagnosticadas a una edad avanzada, los problemas pueden incluir la familiaridad con las cuestiones, la terminología y los servicios relacionados con el VIH, las

ATENCIÓN DEL VIH A LO LARGO DE LA VIDA

diferencias en la comprensión del VIH por parte de los compañeros y la familia, y la relevancia de otros problemas de salud.

Se recomienda la realización de una serología frente al VIH a toda persona adulta sexualmente activa, a quien se vaya a realizar una extracción sanguínea por cualquier motivo y que resida en regiones con elevada prevalencia de infección por el VIH.

Se recomienda un abordaje múltiple sobre la población de mayor edad, siendo prioritario no perder oportunidades diagnósticas, así como un personal sanitario más implicado en la evaluación de riesgos y en la educación aconsejando sobre la salud sexual y promoviendo activamente la realización rutinaria y dirigida de la serología.

Se deben contemplar las diferentes comorbilidades asociadas a la edad antes de decidir con qué TAR empezar.

Antes del inicio del TAR y durante el seguimiento se deben explorar las posibilidades de interacción con otros fármacos que el paciente pudiera estar recibiendo.

En los pacientes con el VIH mayores de 50 años, se debe evaluar el riesgo de las comorbilidades más frecuentes.

Se recomienda hacer cribado de fragilidad en el momento del diagnóstico en las personas mayores con infección por el VIH y después una vez al año.

Se recomienda preguntar por la presencia de los principales síndromes geriátricos al menos una vez al año.

Se recomienda a pacientes mayores con infección por el VIH la revisión de toda la medicación prescrita, al menos, cada 6 meses en aquellas personas en las que la polifarmacia esté presente y, como mínimo, una vez al año para el resto.

La evaluación de la disfunción sexual debe formar parte de la atención integral de los pacientes con infección por el VIH por su elevada prevalencia.

RECURSOS ADICIONALES

La versión digital de esta guía incluye más contenidos que la versión en papel. Puedes descargarla de forma gratuita en formato pdf en la página web de gTt-VIH:

<https://www.gtt-vih.org/publicaciones/autocuidado-salud/>

Las entidades comunitarias que trabajan en el ámbito del VIH en España ofrecen una amplia variedad de servicios de apoyo al autocuidado de la salud y el bienestar. En el siguiente enlace podrás acceder a un listado de organizaciones comunitarias del VIH agrupadas por comunidad autónoma:

<https://www.gtt-vih.org/consultanos/ong-vih-cerca-de-ti/>

Otros recursos de interés:

PACTO SOCIAL VIH

<https://pactosocialvih.es/>

Página web del Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato Asociada al VIH. En esta web encontrarás todas las acciones que se están llevando a cabo en España para cumplir el objetivo del Pacto Social y que no es otro que eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH y al sida, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación, el respeto de los derechos fundamentales y la diversidad de las personas con el VIH.

LOCALIZA SALUD

<https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/Menu.action>

LOCALIZA SALUD es una aplicación informática sencilla que visibiliza recursos y actividades que contribuyen a la salud y bienestar en los municipios adheridos a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (EPSP).

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

<https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/>

Esta página web surge como parte de las acciones de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y su finalidad es proporcionar información útil y de calidad, ajustada a las diferentes necesidades de la ciudadanía; en ella podrás encontrar recomendaciones, herramientas interactivas, vídeos y otros materiales y recursos de utilidad para hacer más saludables nuestros estilos de vida.



Nuestro servicio de consultas multicanal

puede resolver tus dudas
sobre la infección por el VIH,
sus enfermedades relacionadas,
las ITS y sus tratamientos,
desde una perspectiva
comunitaria.

Si necesitas más información, puedes contactar
con nuestro servicio de atención:

consultas@gtt-vih.org

 Instagram: [gtt_vih](https://www.instagram.com/gtt_vih)

 Twitter: [@gTtVIH](https://twitter.com/gTtVIH)

 Facebook: [gtt.vih](https://www.facebook.com/gtt.vih)

 Skype: [gttvih](https://www.skype.com/en/contacts/gttvih)

  WhatsApp y Telegram: **667 662 551**

Barcelona: 93 208 08 45 / 667 662 551 / Madrid: 683 280 312

www.gtt-vih.org

SUBVENCIONA

SUBVENCIONA 0,7% IRPF:



**Comunidad
de Madrid**



Generalitat de Catalunya
Departament de Drets Socials
i Inclusió



Generalitat
de Catalunya

Salut/ Agència de Salut
Pública de Catalunya